



HAL
open science

Impact d'une information délivrée sous forme de bande dessinée concernant la prescription de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale

Élodie Rolland

► To cite this version:

Élodie Rolland. Impact d'une information délivrée sous forme de bande dessinée concernant la prescription de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-02005678

HAL Id: dumas-02005678

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02005678>

Submitted on 4 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ROLLAND Elodie

NEE LE 17 NOVEMBRE 1988 AU MANS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 JUIN 2016

**Impact d'une information délivrée sous forme de bande dessinée
concernant la prescription de l'antibiothérapie dans les infections
respiratoires en médecine générale**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur MARGUET Christophe
DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur SIGWALT Jean-François
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur CZERNICHOW Pierre
Monsieur le Professeur MARIE Jean-Paul

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (détachement)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît WEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEU	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCG	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUMET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
---------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe MARGUET, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, recevez l'expression de mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW, vous me faites l'honneur de juger mon travail, recevez l'expression de ma reconnaissance la plus respectueuse.

A Monsieur le Professeur Jean Paul MARIE, vous m'honorez en jugeant mon travail, recevez l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean François SIGWALT, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir fait grandir à la fois par ce travail de recherche, mais également lors des cours d'études dirigées durant les 3 ans de mon internat. Merci aussi de m'avoir encourager lors des ECOS, lorsque le stress commençait à m'envahir.

Pour tout cela, je vous serais éternellement reconnaissante, et je vous remercie profondément pour tous ce que vous m'avez apporté.

A mes maîtres lors de mon stage chez le praticien, les Docteurs Guillaume Anquetil, Pierre Brochec et José Soenen, vous m'avez appris énormément aussi bien au cabinet, qu'en visite, j'ai énormément appris sur moi même lors de nos visites au Bercail, Pierre.

Recevez mes remerciements les plus sincères.

A mes maîtres lors de mon stage SASPAS, les Docteurs Thueux et Thueux-Desmet, chère Thérèse et cher Jean Paul pendant 6 mois, vous m'avez accordé votre confiance, en me confiant vos patients, certes cela a été difficile au début mais vous m'avez formé de façon exemplaire. Tous vos conseils me sont essentiels dans ma pratique quotidienne.

Recevez tous les 2, ma plus chaleureuse gratitude.

Au Docteurs Mouterde, Jean Christophe et Christel, ainsi qu'au Docteur Perchepied et Thibert, vous avez fait avancer ce travail d'une façon impressionnante lorsque je

n'y croyais plus. Maintenant vous m'accordez votre confiance lorsque je vous remplace.

Recevez ma profonde reconnaissance.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de prendre de leur temps pour que ce travail voit le jour, Merci.

Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à ce travail sans craindre d'être juger.

A ma famille

Merci à mes parents de m'avoir toujours soutenu aussi bien durant ces 10 années d'études de médecine mais aussi depuis ma naissance.

Merci à mon frère, à mon grand père Louis et ma grand mère Odette de leurs soutiens.

Merci à mon grand père Georges, merci de m'avoir hébergé et soutenu de ton amour durant ces premières années si difficile émotionnellement, bien sur je ne t'oublie pas ma très chère mamie Paulette, tu veilles sur moi et sur ma réussite de la haut. Toi qui aurait tant aimé me voir médecin de ton vivant, je te dédis ce travail et voilà ça y est je suis médecin.

A Anne, la famille Hillard, la famille Saulnier, je n'ai pas été de très bonne compagnie durant ces premières années, mais vous avez toujours respecté et encouragé mon travail, et vous veillez sur mon grand père pour tout cela un grand Merci.

A mes amis de la Sarthe, Florence, Daniel, Benjamin, Charlène, Jean-Yves, Bernadette, Vincent, Bernard, Jean-Claude, Françoise, Claude (avec une pensée pour Maryse et son sourire même sous la pluie normande), Danièle et tout ceux que j'oublie à l'heure où j'écris, vous êtes toujours rester prêt de moi, même durant les moments difficiles, pour tout cela un très grand Merci.

A ma famille normande, Chantal, Daniel, et toute la famille Chevalier (Ridel), à Fabien, Claire, Jackie et Ghislaine, merci de m'avoir accueillie en Normandie et merci d'avoir supporté ce cursus médical.

A tous mes amis de Normandie, Franck, Corinne, Marie, Thierry, Christelle,

Marc, Catherine, Annie, Dominique, à tous mes amis du club des Régates et à tous les marins du port de Fécamp, au couple Decaux, merci de tous ce que vous m'apportez tous les jours et merci de m'avoir supporté durant ce travail, et merci de rester présent pour moi.

A toute la Famille Duvivier, un grand merci et vous savez pourquoi.

A ti mouch et dudu, merci pour votre patience et merci de m'accompagner tous les jours de votre amour.

Table des matières

INTRODUCTION

I. CONTEXTE

A. Information du patient

- i.** Étymologie
- ii.** Vision paternaliste de la relation médecin-malade
- iii.** Naissance de la notion de consentement et d'autonomie du patient
- iv.** information et juridiction

B. Intérêt d'un support d'information

- i.** Généralités
- ii.** L'approche type bande dessinée
- iii.** Le programme « e-bug »

C. L'antibiothérapie

- i.** La sur-prescription en France des antibiotiques
 - a) L'antibiorésistance
 - b) La France un pays sur-consommateur en Europe
 - c) Les prescriptions inutiles
- ii.** Les connaissances et les attentes des patients versus les convictions et les référentiels des médecins
 - a) les connaissances et les attentes des patients
 - b) Du côté des médecins

D. Health Literacy

- i.** Généralités
- ii.** La situation canadienne
- iii.** Des enseignements pour notre système français et pour améliorer notre pratique

II. MATERIEL ET METHODES

- A.** Type d'étude
- B.** Population étudiée
- C.** Déroulement de l'étude
- D.** L'information sous forme de bande dessinée
- E.** Analyse statistiques

III. RESULTATS

A. Les données socio-démographiques

- âge et sexe
- niveau d'étude du patient ou de son parent
- statut d'activité du patient ou de son parent
- les antécédents
- les allergies
- l'interlocuteur et les sources d'informations

B. Les pratiques et les connaissances des patients

- les avis concernant l'antibiothérapie
- les raisons de prescriptions d'antibiotiques
- les motifs de consultation
- la prescription de l'antibiotique et l'antibiorésistance
- la durée de la toux
- nécessité ou pas de prescrire des antibiotiques

C. Après la bande dessinée et la consultation du médecin

- a) la prescription ou pas
- b) la compréhension de la bande dessinée
 - aide à la compréhension
 - l'apport de nouvelles connaissances
 - les patients demandeurs d'information
- c) l'impact de la bande dessinée
 - la population générale étudiée
 - les hommes versus les femmes
 - selon le niveau scolaire

- les plus de 55 ans
- les parents d'enfants de moins de 6 ans
- les jeunes entre 17 et 26 ans
- les patients qui souhaitent des antibiotiques
- les patients qui prennent des antibiotiques sans avis médical
- l'impact de l'information et la fréquence de ces pathologies en médecine générale

IV. DISCUSSION

A. Synthèse des résultats

B. Les limites de ce travail

- i.** Biais de sélectionnés
- ii.** Les résultats significatifs en négatif
- iii.** Biais d'information
- iv.** Biais d'exécution

C. Comparaison avec l'étude du Docteur Collomb-Gery en 2012

- i.** Les signes et les pathologies nécessitant des antibiotiques
- ii.** Le pourcentage d'erreur
- iii.** Antibiorésistance ou inoffensivité des antibiotiques ?
- iv.** Les sources d'informations
- v.** les habitudes d'utilisation
- vi.** la prescription différée et l'automédication

D. Les perspectives de ce travail

- i.** l'health literacy
- ii.** l'information défensive
- iii.** les projets futurs

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

« Guérir parfois, soulager souvent, consoler (accompagner) toujours. »
(HIPPOCRATE)

INTRODUCTION

Les infections respiratoires représentent la première cause d'utilisation d'antibiotiques chez l'enfant comme chez l'adulte [1]. L'étiologie virale ou bactérienne modifiera la prise en charge et, en dehors du traitement symptomatique, la problématique restera la prescription d'un antibiotique.

Les infections virales initient plus de la moitié des antibiotiques prescrits chaque année [2].

Depuis leur découverte dans les années 1930 et leur diffusion à la fin des années 1940, les antibiotiques possèdent une image quasi miraculeuse. Les antibiotiques ont permis de guérir de nombreuses maladies considérées comme mortelles avant cette innovation, telle la tuberculose ou la gangrène.

Cependant au fil du temps la sur-prescription d'antibiotiques est devenue un problème de santé publique.

Un refus de prescription est souvent mal perçu par le patient et peut créer un malaise dans la relation médecin-malade.

Lors de mon stage en pédiatrie et lors de mes gardes aux urgences, j'ai ressenti ce malaise dans la communication entre le médecin et les parents. Ces derniers sont inquiets pour leurs enfants qui présentent une symptomatologie ORL et respiratoire avec ou sans fièvre, parfois les parents insistent sur la gravité des symptômes à leurs yeux « il est même monté jusqu'à 40° de fièvre, vous vous rendez compte ! », mais cette fièvre récente est souvent d'origine virale. Puis vient le moment de la rédaction de l'ordonnance et les parents me font remarquer l'absence d'antibiotique, alors que pourtant leur enfant « tousse gras, sale », et « qu'il a beaucoup de fièvre ».

C'est à partir de cet échange que j'ai compris la nécessité d'améliorer ma communication et de décrire de façon simple la pathologie aux parents. J'ai pris l'habitude d'expliquer « l'attaque par le virus », en leur signalant « qu'il faut faire attention parce que parfois si le

virus fait trop de dégâts, la bactérie peut s'installer dans la maison du virus », et cela avant même de faire l'ordonnance.

A partir du moment où le médecin explique les décisions médicales, les parents comprennent mieux l'état de santé de leur enfant, et sentent que le médecin entend leurs craintes et leurs angoisses.

Après ce stage, j'ai eu envie de réaliser un poster reprenant cette histoire du virus et de la bactérie pour mettre dans ma futur salle d'attente.

Pour éviter ce malaise dans la relation médecin-malade, un complément d'information est donc nécessaire.

Pour obtenir un meilleur impact, une information orale a besoin du soutien du support écrit. [3]

Certains auteurs comme Schnellinger et al soulignent qu'une information sous type de dessins animés ou d'illustrations serait plus efficace qu'un texte seul pour améliorer la connaissance des parents concernant l'utilisation appropriée des antibiotiques [4].

Pour savoir si l'idée de réaliser un poster est pertinente, j'ai essayé de retranscrire l'histoire que je raconte aux parents par l'intermédiaire d'une bande dessinée et d'évaluer si cette source d'information peut avoir un effet positif sur les patients en facilitant la compréhension de décision de prescription ou de non prescription d'une antibiothérapie.

Aussi l'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact d'une information présentée sous forme de bande dessinée concernant la prescription de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale.

I. CONTEXTE

A. Information du patient

i. Étymologie

Le terme information est défini par l'action d'informer quelqu'un, c'est également une indication, un enseignement, une précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelque chose ou quelqu'un.

Informar c'est faire savoir quelque chose à quelqu'un.

Le verbe informer vient du latin « informare » qui peut être traduit par « donner une forme à ». En informant, on façonne, on forme dans l'esprit, on instruit, on décrit quelque chose.

ii. Vision paternaliste de la relation médecin-malade

Historiquement la relation médecin malade était basée sur un rapport d'autorité, pour Hippocrate le malade ignorant doit se soumettre aux conseils du médecin ayant la connaissance.

« le médecin est sain de corps et d'esprit lorsqu'il entreprend un traitementtandis que les malades, ne connaissant ni la nature ni les causes de leur mal, ignorant quelles en seront les suites » (De l'Art d'Hippocrate article 7)

Selon Hippocrate l'information du malade n'est pas à négliger, d'une part pour montrer la qualité du diagnostic mais aussi pour améliorer la confiance du malade envers le médecin.

« Connaissant d'avance et indiquant auprès des malades les phénomènes passés, présents et à venir, énumérant toutes les circonstances qui leur échappent, il leur persuadera qu'il connaît mieux qu'un autre tout ce qui les regarde ; en sorte qu'ils ne craindront pas de s'abandonner à lui. Il dirigera d'autant mieux le traitement qu'il saura prévoir les événements futurs d'après les phénomènes présents. » (Pronostic 1 d'Hippocrate)

Au nom de la bienséance, cette information n'est pas vouée à être complète, elle peut même être cachée dans l'intérêt du malade.

« On fera toute chose avec calme, avec adresse, cachant au malade, pendant qu'on agit, la plupart des choses ; lui donnant avec gaieté et sérénité les encouragements qui conviennent ; écartant ce qui est de lui ; tantôt le réprimandant avec vigueur et sévérité, tantôt le consolant avec attention et bonne volonté ; ne lui laissant rien apercevoir de ce qui arrivera ni de ce qui menace ; car plus d'un malade a été mis à toute extrémité par cette cause, c'est-à-dire par un pronostic où on lui annonçait ce qui devait arriver ou ce qui menaçait. » (Bienséance 16 d'Hippocrate)

En 1947 le code de déontologie confirme cette vision paternaliste de la médecine, le principe de bienfaisance guide entièrement l'attitude des médecins.

« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention sans compter avec le temps que lui coûte son travail et, s'il y a lieu en se faisant aider, dans la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer sa décision... » (Code de déontologie médicale de 1947 article 30)

iii. Naissance de la notion de consentement et d'autonomie du patient

Puis l'évolution de notre société a fait changer les états d'esprits. Le patient ne veut plus être assujéti au médecin, il souhaite être reconnu comme un être doué de raison et participant pleinement aux décisions qui le concernent tant sur sa santé que son espérance de vie.

La notion de consentement du malade apparaît dans un arrêt de la cour d'appel de Paris en 1907 et est reprise en 1937

« Une intervention médicale ou chirurgicale ne doit jamais être motivée que par l'intérêt du malade. Elle ne doit être pratiquée qu'après que celui-ci ai donné son consentement libre et éclairé. »

La notion de consentement est citée dans le Code civil art 16-3

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir »

Avec ce changement sociétal les notions d'autonomie et de consentement vont s'imposer.

Or pour qu'il y ait consentement il doit y avoir une compréhension parfaite de ce à quoi l'on consent, il ne peut pas y avoir de consentement sans une information claire, loyale, exhaustive et appropriée

« Claire » est un adjectif qui qualifie quelque chose qui est parfaitement intelligible, sans ambiguïté, qui se comprend aisément ou qui s'exprime ainsi et qui se fait comprendre, selon le dictionnaire Larousse.

Selon la même source, quelque chose est dit de loyal lorsqu'il obéit aux lois de l'honneur, de la probité, de la droiture. La probité c'est la qualité de quelqu'un qui observe parfaitement les règles morales, qui respecte scrupuleusement ses devoirs et les règlements. Le médecin se doit d'être probe.

Une information sera dite exhaustive si elle épuise un sujet. Les synonymes d' « exhaustive » sont « complète » et « intégrale ».

La définition du Larousse pour l'adjectif approprié, c'est convenant, adapté à quelque chose.

L'information du médecin se doit d'être intelligible pour son interlocuteur, sans ambiguïté, être comprise aisément, elle doit obéir aux règles d'honneurs, de morales, de droitures du médecin, l'information se doit également d'être complète, intégrale et doit être adapté au patient.

Selon l'article 35 du code de déontologie de 1995

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

Ceci est également écrit dans l'article R.4127-35 du code de la santé publique

iv. Information et juridiction

L'information est un droit fondamental du malade, dont la violation est juridiquement sanctionnée. Ce droit trouve ses fondements dans le lien contractuel et dans le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

L'information médicale est un des rares domaines où la charge de la preuve est inversée: il incombe au médecin de prouver qu'il a exécuté son obligation d'information.

Le défaut d'information préalable engage la responsabilité du médecin en cas d'accident, même en l'absence de faute médicale.

L'obligation d'information est relative pour le diagnostic et le pronostic mais absolue pour les actes thérapeutiques proposés.

Informé le patient a toujours été un devoir déontologique, c'est devenu une obligation légale. [5]

B. Intérêt d'un support d'information

i. Généralités

En moyenne les patients oublient la moitié des informations que le médecin leur a délivré dans les 5 minutes qui suivent la consultation. [6]

Il est admis que les patients ne peuvent retenir qu'environ 20% des informations qu'ils entendent mais ce pourcentage augmente jusqu'à 50% si l'information auditive est couplée à une information visuelle, à condition toutefois que l'information visuelle bénéficie d'un temps d'analyse suffisant.

En donnant au patient une fiche, l'information reste disponible à chaque fois qu'il souhaite la consulter [3].

Des études montrent que, 75% des patients demandent une information écrite avec leur prise en charge, et 80% des patients lisent la documentation proposée [7].

Une bonne communication, aidée par une information écrite, augmente généralement la satisfaction du patient, un patient satisfait est un patient qui a confiance en son médecin et qui est donc plus observant des prises en charges souhaitées par le médecin [8].

L'information écrite obéit à certaines règles pour être efficace.

- La diffusion et les impacts d'une information écrite concernant la santé sont meilleurs lorsque l'information écrite est émise et distribuée directement par le médecin.
- Il est conseillé au médecin de tourner la brochure vers le patient et de présenter immédiatement le bénéfice principal attendu par son utilisation, puis de procéder à une évaluation initiale des connaissances du patients.

En 2002, Macfarlane J, met en avant dans son étude que rassurer les patients et partager avec eux l'incertitude à propos de la prescription d'antibiotiques, à l'aide d'une brochure d'information enrichie de conseils verbaux, est une stratégie pour réduire l'utilisation d'antibiotiques [9]

En 2005, une étude menée par Little P montre une modification des comportements avec les prescriptions différées, avec une moindre utilisation d'antibiotiques [10]

La prescription différée d'antibiotique, est une stratégie qui consiste à remettre au patient une ordonnance en lui précisant de ne débiter l'antibiotique que sous certaines conditions et après un laps de temps donné.

Deux revues de la littérature, une faite par Arnoll en 2003 [11] puis une de Spurling mise à jour en 2010 [12], ont étudié la prescription différée d'antibiotiques et montrent une baisse de la consommation d'antibiotiques par rapport à une prescription immédiate, sans augmentation des complications.

Cette idée de prescription différée est reprise en 2009 toujours par Little P sous la direction de Moore M. Ils observent que les patients, pour lesquels un médecin a prescrit un antibiotique pour de la toux dans les 2 années précédentes, sont beaucoup plus susceptibles de reconsulter pour le même motif. L'étude montre aussi que l'utilisation d'une prescription différée est associée à un nombre de reconsultation réduit.

Retarder la prescription ou encore émettre le doute sur l'intérêt de la prescription d'antibiotique, lorsque cette dernière n'est pas nécessaire, permet de changer les comportements des patients si cela est expliqué aux patients avec des brochures d'informations [13].

ii. L'approche type Bande Dessinée

La bande dessinée (BD) est définie comme étant un mode de narration utilisant une succession d'images dessinées, incluant, à l'intérieur de bulles, les paroles, sentiments ou pensées des protagonistes.

« La bande dessinée, se situe au carrefour de plusieurs moyens d'expression artistique: l'art graphique, l'art cinématographique et la littérature. Elle est tout à la fois dessin, cinéma, écriture, se conjuguant entre eux pour former un art nouveau, doté d'un ensemble de moyens d'expressions extrêmement complet et varié ». DUC. B L'art de la BD

« Un bon croquis vaut mieux qu'un long discours ». Napoléon 1er

La BD a l'avantage de simplifier les messages, de toucher un vaste public grâce à son aspect convivial et ludique, et ainsi augmenter l'impact, l'assimilation et la rétention des messages communiqués.

La BD permet aussi de dédramatiser les sujets difficiles, de clarifier les idées complexes, de dépasser les barrières de la langue.

La bande dessinée est un vecteur de communication efficace sur tous les publics.



Certaines agences de communication l'ont bien compris tel Cartoonbase en Belgique.

Par exemple la Fondation Roi Baudouin utilise des illustrations à la fois drôle et sensibles pour permettre de lever certains tabous de la maladie d'Alzheimer, avec humour en permettant de rendre le sujet moins douloureux

L'image est devenue incontournable dans notre univers quotidien. Nous sommes inondés de messages et avons de moins en moins de temps pour lire de longs textes.

La bande dessinée est alors le moyen le plus efficace pour communiquer.

iii. le programme « e-bug »

Les outils pédagogiques e-bug (microbe en anglais) ont été créés à l'initiative de la commission européenne (et avec son financement) dans le cadre d'un projet ayant pour objectif de préserver l'efficacité des antibiotiques, piloté par la Health Protection Agency en Angleterre.

E-bug a pour but d'apporter aux enfants scolarisés en CM1-CM2 ou ceux de la sixième à la troisième (soit des élèves de 9 à 16 ans) « une image vivante du monde des microbes ». Il est conçu sous forme de livrets illustrés qui expliquent ce que sont les microbes, leurs modes de transmission, leurs préventions. Il s'agit en définitive de promouvoir l'hygiène, de prévenir les infections et de diminuer la consommation des antibiotiques.

L'utilisation des livrets papier est à compléter avec celle des ressources en ligne sur le site e-Bug. [14]

cf Annexe 7

C. L'antibiothérapie

i. La sur prescription en France des antibiotiques

Les patients doivent devenir des consommateurs d'antibiotiques responsables.

a) L'antibiorésistance

Selon le rapport des Docteurs Jean CARLET et Pierre LE COZ [16], l'utilisation abusive des antibiotiques est responsable d'un phénomène naturel qu'est la résistance aux antibiotiques.

L'antibiorésistance est un danger pour toute l'humanité.

« A moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère « post antibiotiques », où des infections courantes et des blessures mineures qui ont été soignées depuis des décennies pourraient à nouveau tuer » Docteur Keiji Fukuda (sous directeur générale de l'OMS le 30 avril 2014)

En France, chaque année on dénombre 158 000 infections par bactéries multirésistantes dont 12500 décès.

Selon les auteurs de ce rapport, si l'antibiorésistance perdure et progresse, les sociétés humaines pourraient connaître à nouveau un monde sans antibiotique, soit un retour en arrière de 70 ans avec des effets sur le système de santé pires que si les antibiotiques n'avait jamais existé.

De plus aucun nouvel antibiotique avec un nouveau mécanisme d'action n'a été développé depuis 20 ans.

En France les résistances bactériennes, c'est le pneumocoque résistant à la pénicilline retrouvé dans de nombreuses infections ORL. Cette résistance était quasiment nulle il y a trente ans, elle a atteint un pic de 53% en 2002, en 2012 après le plan antibiotique puis le prevenar 7 et le prevenar 13, elle concerne 22% des souches. [15]

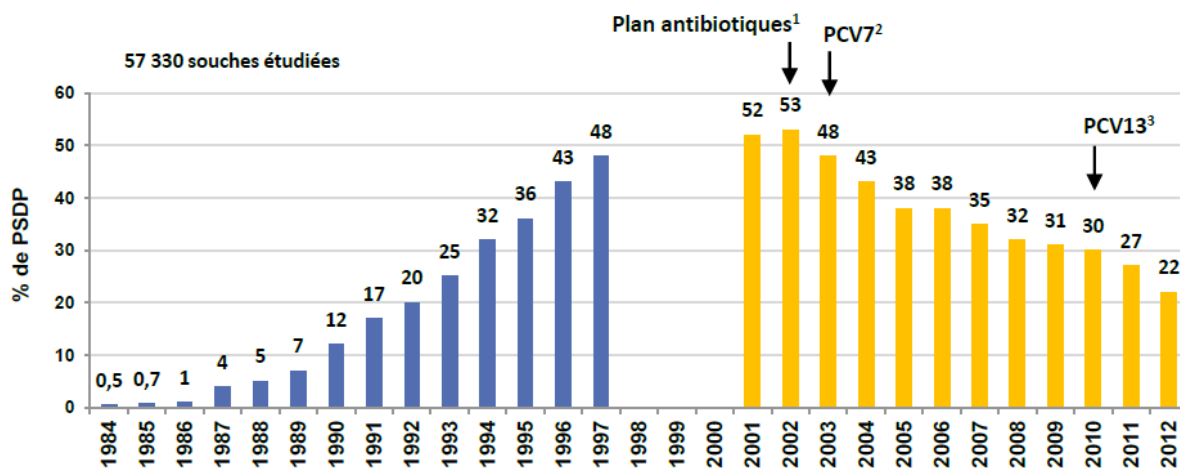


Figure 1 : Pourcentage de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline en France de 1984 à 2012 d'après les données du Centre National de Référence des Pneumocoques.

Il y a également plus de 20% de staphylocoques dorés résistants à la méticilline [16]
Seulement 16% des Français sont au courant des problématiques d'antibiorésistance.

b) La France un pays sur-consommateur en Europe

- Des chiffres

La France consomme 30% d'antibiotiques de plus que la moyenne européenne, mais également trois fois plus que les Pays Bas, la Suède ou la Norvège.

En 2013, la France est en deuxième position au niveau européen en doses définies journalières (DDJ).

La dose définie journalière est une unité définie par l'OMS : il s'agit d'une posologie quotidienne de référence déterminée par des experts internationaux, qui correspond à la posologie usuelle pour un adulte de 70kg.

Par exemple la DDJ de l'amoxicilline est de 1g si elle est vendue en boîte de 12 gélules à 500mg et s'il y a 14 millions de boîtes vendues en 1 an cela équivaut à 14 millions que multiplie 12 (nombre de gélules dans la boîte) et que multiplie 500 (dose en grammes de la gélule/comprimé) et que divise 1000 (la valeur de la DDJ en gramme pour cet antibiotique) soit 84 millions de jours de traitement à la posologie de 1g.

Les résultats sont exprimés pour 1000 habitants.

Les experts du « plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques » recommandent d'utiliser le nombre de DDJ pour 1000 patients et par jour.

L'unité DDJ est l'unité utilisée également dans le cadre du Programme européen de surveillance de l'usage des antibiotiques. Ce mode de raisonnement permet de réaliser des comparaisons à l'échelon européen.

97,6 millions de boîtes d'antibiotiques ont été remboursées par l'Assurance Maladie en France soit 0,2% de plus en 2013 par rapport à l'année 2012 [17].

28,3% des patients ont été traités par antibiothérapie.

Le prix de la surconsommation d'antibiotiques est estimé entre 71 et 441 millions d'euros en France.

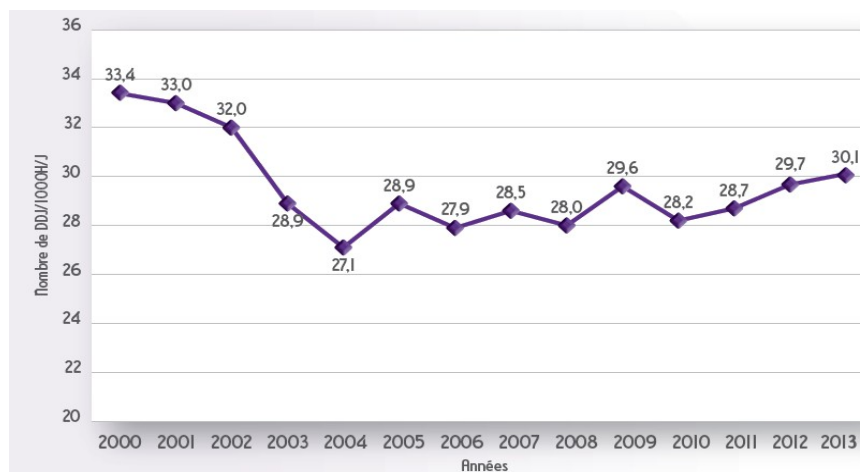
Il existe un phénomène culturel français de surconsommation et notamment d'antibiotiques. Cette surconsommation est à rattacher à une sur-prescription, et le rôle du médecin généraliste n'est pas anodin. La consommation d'antibiotiques en France représente environ 100 millions de prescriptions par an dont 80% en ville en 2000 [18]

- Les campagnes de l'Assurance Maladie

Cette surconsommation persiste malgré les campagnes de communication de l'Assurance Maladie.

Comme le montre la courbe ci dessous, la consommation globale d'antibiotiques en France (en nombre de DDJ) a certes diminué entre 2000 et 2008 de 15 à 20% (selon les études) en ville mais on observe une diminution entre 2001 et 2004 puis un plateau entre 2004 et 2008 puis une augmentation nette en 2009.

Figure 2 : L'évolution de la consommation d'antibiotiques en ville mesurée en nombre de DDJ entre 2000 et 2013



Entre 2002 et 2005, à la suite de la campagne médiatique « les antibiotiques c'est pas automatique », on constate une diminution marquée de la consommation d'antibiotiques chez les enfants pour le traitement de l'angine, de la rhino-pharyngite et de la grippe mais pas de réduction de la consommation d'antibiotiques devant les bronchites, les otites et les sinusites.

D'ailleurs ce slogan est celui qui est le plus mémorisé par les gens.

« Viral pas d'antibiotique » devient la nouvelle formule des années 2005 à 2008, mais durant cette période la consommation d'antibiotique n'a pas diminué.

En 2009, la nouvelle campagne est marquée par le slogan « les antibiotiques, utilisés à tort, ils deviendront moins fort ». L'impact médiatique est limité mais il a permis aux usagers du système de santé d'améliorer leur compréhension.

Cette campagne a contribué à une diminution éphémère de la consommation

d'antibiotiques. Entre 2009 et 2011, la consommation d'antibiotiques en ville est passé de 29,6 à 28,2 puis 28,7 en nombre de DDJ pour 1000 habitants par jour.

En 2012 les investissements médias ont diminué, au profit de l'information véhiculée sur le web mais, sans articulation avec les médias populaires, la consommation est repartie à la hausse avec 29,7 en 2012 et 30,1 en nombre de DDJ pour 1000 habitants par jour en 2013.

En l'absence de communication large, la consommation augmente.

Un nouveau plan national d'alerte sur les antibiotiques a été programmé pour les années 2011-2016 par le ministère des affaires sociales et de la santé.

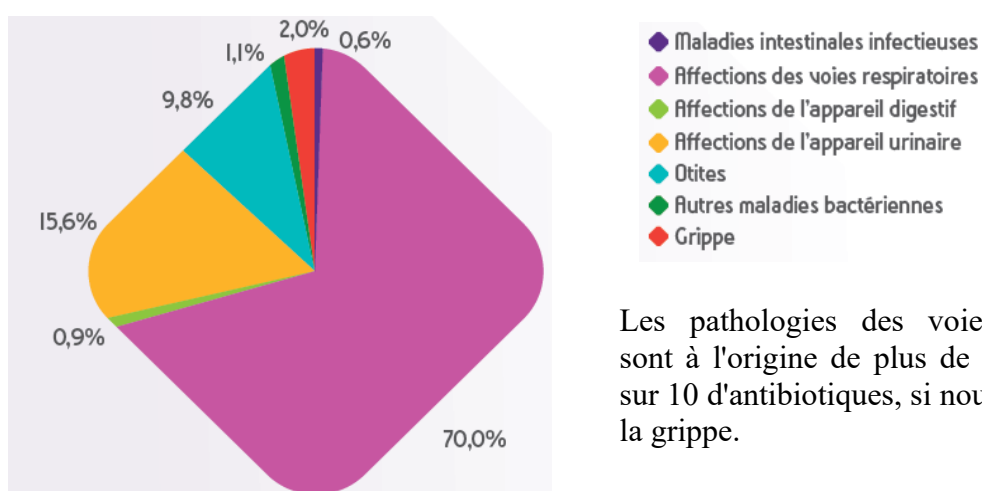
L'enjeu est de recourir aux antibiotiques de façon adaptée en choisissant le bon produit, pour une durée pertinente et sous la forme adéquate.

L'objectif de ce plan 2011-2016 est une réduction de la consommation d'antibiotiques de 25% en 5 ans.

c) Les prescriptions inutiles

Rappelons qu'au début des années 2000, la France compte environ 100 millions de prescriptions d'antibiotique par an dont 80% en ville. [18]

Figure 3 : Les principaux diagnostics associés à la prescription d'antibiotiques



Les pathologies des voies respiratoires sont à l'origine de plus de 7 prescriptions sur 10 d'antibiotiques, si nous y regroupons la grippe.

L'augmentation en nombre des pathologies hivernales respiratoires et des épidémies de grippe peuvent expliquer le rebond de consommation en ville en 2005-2006 puis 2009 et 2013 mais cela n'est pas justifié.

30 à 50% des antibiothérapies sont prescrites inutilement pour le traitement d'infections des voies aériennes principalement d'origines virales que sont la rhino-pharyngite, la bronchite aiguë, certaines sinusites, angines et otites [16].

Seulement 30% des médecins généralistes déclarent utiliser les tests rapides d'orientation diagnostique dans l'angine [16].

D'ailleurs selon le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, sur les 80 millions de prescriptions d'antibiotiques en ville, les infections virales représentent 30 millions de prescriptions inutiles. Le plan signale aussi que les angines représentent 9 millions de prescriptions, mais seulement 2 millions d'angines à Streptocoques A justifient un traitement par antibiotiques. [18]

Dernièrement, dans le cadre d'une étude conduite entre novembre 2007 et avril 2010 par Little P dans 12 pays d'Europe, 2061 patients ont reçu, de façon randomisée, de l'amoxicilline pendant 7 jours ou un placebo dans les infections respiratoires basses aiguës lorsque le médecin ne suspectait pas une pneumonie. Les médecins ont relevé les symptômes au début du traitement, puis les patients ont rempli un questionnaire sur leur état de santé chaque jour. Au final, il y avait peu de différences en termes de durée ou de sévérité des symptômes entre les deux groupes, y compris chez les patients de plus de 60 ans qui formaient un tiers des effectifs et chez qui le risque d'infection des voies respiratoires doit être pris au sérieux. [19]

ii. Les connaissances et les attentes des patients versus les convictions et les référentiels des médecins

a) Les connaissances et les attentes des patients

Dans son étude, en 2002, Macfarlane J souligne la conviction répandue parmi les patients que l'infection est le problème, et les antibiotiques, la solution. [9].

Les connaissances et les habitudes des patients liées à l'antibiothérapie ont été évalué en 2012 avec la thèse d'Audrey Collomb-Gery pour Grenoble et sa périphérie.

La majorité des personnes interrogées pour cette étude ont un niveau d'étude supérieur ou égal au secondaire (93 %). 31 % ont un niveau brevet, CAP, BEP (secondaire). 20% ont le bac. 41% ont un niveau universitaire (après le bac).

- La capacité à citer un antibiotique

Selon cette étude, il n'y a que 43% des patients interrogés capables de citer le nom d'un antibiotique. Les classes d'âge, avant 26 ans et après 45 ans, ont les pourcentages de réponses positives les plus faibles. Les parents et tout particulièrement les mères ont un pourcentage plus élevé.

Plus le niveau d'étude est élevé, plus la proportion de personnes capables de citer le nom d'un antibiotique est importante.

- Signes et pathologies nécessitant des antibiotiques

Les raisons pour lesquelles il faut des antibiotiques selon les patients sont :

- Pour 34% de la fièvre depuis plus de 3 jours
- Pour 31% une otalgie
- Pour 23% la grippe
- Le rhume, la rhino-pharyngite et le nez qui coule représentent ensemble 27%
- 17% pensent qu'il faut des antibiotiques s'il y a de la fièvre supérieure à 38°C
- Pour 7% de la toux.
- 13% des gens interrogés ne savent pas.
- Seulement 14% répondent qu'il ne faut pas d'antibiotiques dans tous les symptômes ou maladies sus-cités.

Les antibiotiques permettent de traiter une infection bactérienne pour 75% des personnes interrogées, pour 9% ils traitent les infections virales et pour 7% tous les types d'infections.

La proportion d'« erreurs » est plus importante chez les hommes, chez les personnes de moins de 26 ans et de plus de 65 ans, ainsi que chez les personnes sans enfant.

Le niveau d'étude influence également la proportion d'erreurs, seulement 30% des gens interrogés n'ayant pas de diplôme savent que les antibiotiques ne traitent que les infections bactériennes versus 84,6% pour les gens du 2ème et 3ème cycle.

- Les rôles des antibiotiques

Pour 90% de la population le rôle des antibiotiques est de tuer des microbes. On remarque dans cette étude que plus le niveau scolaire est faible plus les antibiotiques sont dotés d'autres rôles que celui de bactéricide, tel que diminuer la fièvre, calmer les douleurs, lutter contre la fatigue.

- Les antibiotiques sont-ils inoffensifs ?

L'utilisation des antibiotiques peut être nuisible pour 56% des personnes interrogées, 28% pensent que leurs utilisations est sans risque et sans conséquence, et 18% n'ont pas d'idée sur la question.

- Les sources d'informations

Le médecin est de loin la première source d'information citée par 87% des patients puis vient le pharmacien avec 55%.

Un média (presse, radio, télévision, internet) est cité dans 55% des cas.

49% des patients interrogés consultent la notice du médicament.

Curieusement, internet qui est un média incontournable en 2012 est une source d'information qui n'a été citée que par 15% des patients.

- Les habitudes d'utilisation des antibiotiques

- 78% des patients interrogés affirment avoir confiance en l'avis du médecin prescripteur,

- 4% seulement sont demandeur d'antibiotiques (les hommes sont plus demandeurs que les femmes 8% versus 3%).

12 % se disent « contre » l'utilisation d'antibiotiques.

- 75% des personnes déclarent suivre l'ordonnance à la lettre aussi bien en nombre de prises que de jours de traitement.

- 83% des « non compliants » diminuent le nombre de jours de traitement pour la plupart, ils interrompent le traitement dès l'amélioration des symptômes.

- 5% des gens déclarent ne pas utiliser l'ordonnance d'antibiotique, car il n'aime pas prendre des médicaments.

- Les prescriptions différées

88% des gens interrogés se disent d'accord pour différer la prise d'antibiotique si leur médecin le leur demande.

- L'automédication

14% des personnes interrogées avouent avoir déjà utilisé des antibiotiques sans prescription médicale.

65% d'entre eux réutilisent un traitement prescrit pour une même indication.

Mais seulement 56% des gens qui s'auto-médiquent connaissent le nom d'un antibiotique.

- Conclusion

Les femmes, qui sont plus soucieuses de leur santé ainsi que les mères, ont un pourcentage d'erreur plus faible que les hommes.

Les parents semblent plus sensibilisés de part la fréquences des consultations et des prescriptions d'antibiotiques chez leurs enfant.

Le pourcentage d'erreur est plus important en cas de faible niveaux d'études.

Les informations délivrées au cours de la consultation doivent être accessibles aussi aux gens de faible niveaux d'études.

Le discours médical doit être vulgarisé de façon à être entendu par une majorité de personne.

Il faut s'adapter à la personne dans sa globalité (étude, âge, présence d'enfants ou pas).

L'information est essentielle.

b) Du coté des médecins

- L'ordonnance conclusion de la consultation en France

90% des consultations en France se concluent par une ordonnance de médicaments versus 83,1% en Espagne, 72,3% en Allemagne et 43,2% au Pays-Bas.

Est-ce une sorte de réflexe français ?

Les médecins français ressentent une pression plus grande à la prescription que leurs voisins européens (46% pour les français versus 36% pour les médecins allemands et espagnols et seulement 20% au Pays-Bas).

Pourtant 8 personnes sur 10 sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle « une consultation ne doit pas forcément se terminer par une ordonnance de médicaments » soit à peine moins que leurs voisins européens.

Par exemple, 58% des médecins français ressentent une attente de prescription pour un rhume alors qu'une prescription n'est estimée nécessaire que par 24% des patients.

Existe-t-il un quiproquo entre les médecins français et leurs patients ? [20]

La réponse à cette question peut être analysée avec l'exemple de la toux : le patient est inquiet pour sa toux, il souhaite que la toux s'arrête et pas forcément un antibiotique. Dans une méta-analyse du docteur Ebell sur 19 études observatoires réalisées aux États-Unis, en Europe, en Russie et au Kenya, il en ressort qu'une toux aiguë non traitée dure environ 17,8 jours. Or quand les chercheurs ont ensuite interrogé par téléphone 500 adultes, leur demandant de préciser selon eux la durée moyenne d'une toux, la plupart des personnes sondées s'attendaient à ce que leur maladie ne dépasse pas neuf jours [21].

- étude PAAIR 1

Comme les prescriptions d'antibiotiques sont trop importantes en France, l'étude PAAIR 1 (Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires) a été menée en 2001 sur 30 généralistes enseignants, ils devaient rapporter les situations qui menaient à une prescription inappropriée d'antibiotiques, ainsi que les stratégies qu'ils avaient mis en place en cas de difficultés de non prescription.

Selon cette étude, 87% des prescriptions d'antibiothérapies non justifiées au vu des référentiels sont justifiées par une pression du patient. Mais quand les médecins prescrivent un antibiotique sous la pression, ils sont mécontents dans plus de 50% des cas.

Ce programme rapporte que les médecins pensent que les malades associent immédiatement les infections respiratoires hautes aux antibiotiques. Mais en général les patients viennent consulter car ils ne supportent pas d'être malade et ils se sentent handicapés, ils veulent des traitements qui agissent immédiatement.

L'antibiotique est réputé avoir un effet fulgurant et définitif.

Se priver d'antibiotiques, ça pourrait être comme se priver d'un médicament puissant et

son absence serait presque une prise de risque.

Les patients attendent donc de la part du médecin qu'il prescrive un médicament à la hauteur de leur mal, de leur handicap.

Dans les infections respiratoires peu de médicaments possèdent les mêmes caractéristiques que les antibiotiques, si ce n'est les corticoïdes.

Selon les généralistes enseignants, une des garanties d'efficacité d'une prise en charge médicamenteuse ou non médicamenteuse, semble résider dans le passage obligé par le médecin. La prescription médicale qui en découle confère aux médicaments une forme de puissance à priori.

Dans ces consultations il y a bien plus que les prérogatives des antibiotiques.

Il est intéressant de constater que pour le médecin aussi l'antibiotique est un médicament puissant. L'antibiothérapie a révolutionné la pratique médicale.

Le patient doit faire le même chemin intellectuel que son médecin, avec bien sur du retard, mais également avec un bagage scientifique moindre.

Selon certains généralistes, l'absence de prescription peut être perçue comme un risque, ne serait-ce que celui du mécontentement du patient. Il doit donc s'installer une confiance mutuelle entre le médecin et son patient.

Des médecins vont même jusqu'à évoquer une pression financière, et se demandent si le malade ne peut pas aller jusqu'à douter de la probité du médecin, en le soupçonnant de ne pas donner le traitement adéquat pour bénéficier d'une nouvelle consultation pour le même motif.

Cela peut être contrecarré par des ordonnances différées ou des actes gratuits.

En revanche, les prescriptions répétées d'antibiotiques de façon infondée rendent difficiles une possible marche arrière lors des consultations futures pour un motif similaire.

L'étude relève aussi le problème des traitements antibiotiques déjà commencés avant la consultation. Cela est parfois vécu comme un passage en force, et cela peut révéler une mauvaise observance lors d'une dernière prescription.

Certains médecins transforment cette difficulté en une force en leur expliquant que la prise anticipé n'a pas été efficace sur leurs souffrance, en confirmant que leur pathologie est

virale et que les antibiotiques sont inefficaces sur les infections virales.

Il faut une écoute active du patient, il faut que le malade exprime ses angoisses.

Un climat de confiance entre le médecin et son patient est un minimum pour mettre en place une action d'éducation à la santé.

Il faut expliquer au patient, durant la consultation, le doute initial du médecin sur la nécessité de prescription d'antibiotiques. Il devient utile que le médecin partage sa démarche médicale à voie haute à son patient, pour qu'il devienne actif et non plus passif de sa prise en charge.[22]

D. Health Literacy

i. Généralités

La principale limite d'une information écrite est l'analphabétisme.

Il en découle les concepts d'alphabétisme en santé et celui de littératie en santé, initialement développés au Canada. Ces concepts permettent d'éclairer l'impact de l'analphabétisme en santé.

L'analphabétisme c'est l'incapacité ou la difficulté à lire, écrire et compter, le plus souvent par manque d'apprentissage. Il se distingue de l'illettrisme, terme utilisé en France quand la personne a été scolarisée en langue française sans que cet apprentissage conduise à terme à la maîtrise de la lecture et de l'écriture ou que cette maîtrise ait été perdue.

La littératie est un terme du monde de l'éducation qui désigne tous les apprentissages de base qui sont enseignés aux élèves afin de leur donner les fondamentaux qui leur permettront d'évoluer dans la société, tel le calcul, l'écriture et la lecture.

L'alphabétisme en santé est la traduction de « Health Literacy » qui se définit comme « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie » [23].

L'« Health Literacy » a été évaluée chez les patients pris en charge en rhumatologie ambulatoire en Australie, en comparant les patients issus de milieux ruraux et ceux de milieux

urbains. Il n'y avait pas de différence significative de compréhension des mots, ni de compréhension des dosages de médicaments entre les patients urbains et ruraux.

Les instructions de dosage n'ont pas été correctement comprises par 68% des patients sous ibuprofène et 79% sous méthotrexate.

Plus de 15% des patients ruraux ou urbains avaient une faible alphabétisation en santé et moins d'un tiers des patients suivaient correctement les instructions de dosage des médicaments communément utilisés en rhumatologie [24]

La littératie en santé est une approche plus globale, elle inclut les savoirs, les peurs, les croyances, les valeurs, les attitudes et les comportements en santé.

La littératie en santé peut être plus ou moins étendue, plus ou moins développée, plus ou moins complexe. Il est utile de connaître le niveau de littératie en santé de chaque patient pour comprendre les blocages et les réticences des personnes face à un processus de soins en santé [25].

La littératie se classe en 5 niveaux

- Niveau 1 : difficulté à lire un texte simple et à utiliser de la documentation écrite.
- Niveau 2 : faibles aptitudes en lecture se limitant à utiliser de la documentation simple.
- Niveau 3 : capacité à utiliser de la documentation écrite.

C'est le niveau minimal de compétence nécessaire pour faire face aux exigences de la vie moderne dans un pays industrialisé, de façon autonome et fiable

- Niveaux 4 et 5 : capacité à combiner diverses sources d'information et à résoudre des problèmes d'une certaine complexité.

Selon le concept de « Health Literacy », les activités liées à la santé sont classées en cinq catégories afin d'élargir celles-ci au-delà de la simple consultation chez le médecin. [26]

- Les soins de santé : être capable de décrire des symptômes, lire le mode d'emploi d'un médicament.
- La prévention des maladies : avoir la capacité de comprendre les campagnes de prévention et de comprendre les résultats d'un test de dépistage.
- La navigation dans le système de soins : pouvoir compléter les papiers pour la mutuelle, connaître les systèmes d'aide sociale.
- La protection de la santé (préserver sa santé ou celle de la communauté) : en

choisissant et en utilisant des produits de qualité, en étant capable de faire valoir ses droits.

- La promotion de la santé (augmenter son niveau de santé) : en prenant soin de soi, de son corps, en identifiant ce qui contribue au bien-être.

ii. La situation canadienne

Les recherches sur les déterminants de la santé ont démontré que le maintien d'une bonne santé se faisait à double sens [27][28].

D'un côté on retrouve le système de santé qui offre des services de surveillance, de promotion de comportements sains, et de prestation de services de soins ; de l'autre, l'individu dont les choix quotidiens se révèlent déterminants pour sa santé.

Cette capacité cognitive personnelle permettant à une personne de s'informer puis d'évaluer ses choix se nomme la littératie en santé

L'enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes révèle que 42 % à 55 % des Canadiens âgés de 16 à 65 ans ont des difficultés à comprendre un texte écrit, des textes schématisés et chiffrés.

Deux tiers des adultes québécois n'ont pas le niveau de littératie nécessaire pour prendre soin de leur santé adéquatement.

Des groupes à risques sont identifiés, tels que les personnes de plus de 65 ans, les personnes de faible niveau de scolarité, les populations immigrées, les chômeurs et les personnes à faibles revenus. [29]

Une littératie limitée affecte la santé dans toutes les directions car elle entraîne une moindre participation dans la promotion de la santé, dans des opérations de dépistage, il y a une prise de risque plus élevée, plus d'accidents de travail.

On constate une moins bonne gestion des maladies chroniques (diabète, VIH et asthme), une prise de médication déficiente, plus d'hospitalisations et de ré-hospitalisations et plus de morbidité et de morts prématurées.

iii.Des enseignements pour notre système français et pour améliorer notre pratique

Selon le collège de médecine générale (mars 2014) 7 données sont indispensables pour bien prendre en charge un patient :

- sa date de naissance,
- son sexe,
- son adresse,
- sa situation professionnelle,
- son statut d'assurance sociale
- son niveau de littératie

Les médecins devraient idéalement demander à tout patient s'il a besoin d'aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par un médecin ou un pharmacien ?

Quand le praticien répond à une question, il doit se poser la question de savoir, si cette réponse a été comprise, si l'information donnée a bien été reçue et intégrée. Les médecins doivent s'adapter à ce niveau de compréhension qui dépend des patients.

- Il faut rester vigilant car le patient quel que soit son niveau de littératie, peut essayer de trouver une réponse à ses interrogations sur internet. Mais les sites consultés correspondent au niveau de littératie de chacun. Avec la multiplicité des sites, l'information retrouvée devient plus aléatoire, moins objective, trop simpliste ou trop alarmante. Ainsi la recherche sur internet peut aussi être dangereux pour les populations à faible niveau de littératie et devenir une source d'arnaques. Le stress de la pathologie infectieuse est une contrainte supplémentaire dans la réflexion avec la recherche d'une réponse immédiate pour ces populations.
- Reste au médecin à comprendre les croyances et les craintes du patient noyé d'informations erronées ou contradictoires.

Il devient nécessaire que le médecin intègre dans ses explications, les représentations que chaque patient se fait de la santé, de la maladie, du système de soins.

- S'intéresser à la littératie en santé de son patient c'est être capable de lui apporter une information objective, claire et adaptée à son niveau de compréhension actuel et des connaissances antérieures.

« On peut accroître le niveau de littératie en santé en développant les compétences des individus en abaissant les barrières érigées par le personnel et le système de santé. »

Charte de Calgary, 2008

- Il faut simplifier les messages et les tests de dépistage.
Il est nécessaire d'expliquer un examen de dépistage à la personne en complément de l'information d'un programme de dépistage à la population.
Il devient essentiel d'adapter l'information à la culture de la personne, ainsi que les outils de communications avec traduction si nécessaire.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Ce travail est mené sous la forme d'une étude quantitative descriptive prospective avec une évaluation des connaissances des patients concernant l'antibiothérapie dans les infections respiratoires avant et après une intervention brève sous forme de bande dessinée.

B. Population étudiée

La population étudiée ciblait les patients âgés de 3 mois à 65 ans qui consultaient pour un nez qui coule et/ou de la toux et/ou un mal de gorge avec ou sans fièvre. Pour les enfants les questionnaires étaient remplis par le parent accompagnant.

Les nourrissons de moins de 3 mois furent exclus, puisque de la fièvre chez un nouveau né de moins de 3 mois doit être considérée comme une infection materno-foetale jusqu'à preuve du contraire.

Les patients de plus de 65 ans furent exclus, car ils étaient plus à risque de présenter des comorbidités, motifs favorisant la prescriptions d'antibiotiques dans les infections respiratoires d'origines virales avec le doute de surinfection bactérienne.

Les patients appartenaient à 5 cabinets de Fécamp et ses alentours, la population était à la fois urbaine et rurale.

L'étude fut menée entre novembre 2014 et novembre 2015

80 questionnaires furent distribués au total.

C. Déroulement de l'étude

Le questionnaire initial était délivré par la secrétaire en salle d'attente, sur la base du volontariat, aux patients souffrant de rhinite, de toux, et/ou de fièvre. Le motif de consultation pouvait être précisé par la secrétaire, s'il existait un doute. Les secrétaires avaient une obligation de secret médical.

Le questionnaire regroupait diverses sections (Annexe 2):

- des questions d'ordre socio-économiques,
- la recherche des antécédents des patients
- des questions analysant la perception des patients concernant l'utilité des antibiotiques.
- le motif de consultation du jour sous la forme de questions à choix multiples.
- la durée estimée par les patients de la toux lors d'une bronchite aiguë ou une rhino-pharyngite
- la nécessité ressentie par les patients de la prescription des antibiotiques dans différentes affections : la grippe, la pneumonie, la rhino-pharyngite et la bronchite aiguë.
- Les sources d'informations utilisées concernant l'antibiothérapie.

Puis ce premier questionnaire était récupérée par le médecin généraliste qui remettait en échange l'information sous forme de bande dessinée et la deuxième partie du questionnaire avec l'accord pour l'utilisation de ces informations.

Le deuxième questionnaire, après la lecture de la bande dessinée et la consultation du médecin reprenait les interrogations suivantes :

- Prescription ou non-prescription d'une antibiothérapie
- Adhésion du patient à cette décision thérapeutique
- Questions analysant la compréhension des informations délivrées par la bande dessinée
- Reprise des questions concernant la nécessité de prescrire une antibiothérapie dans diverses situations : fièvre, toux, douleur pharyngée, grippe, rhino-pharyngite, bronchite

D. L'information sous forme de bande dessinée

L'information sous forme de bande dessinée était composée de 6 vignettes. Annexe 1

- Dans la première vignette les différents personnages se présentaient
- L'infection virale (et notamment la rhino-pharyngite et la grippe) ainsi que le mécanisme de fièvre étaient expliqués dans la 2ème vignette.
- La 3ème vignette différenciait l'angine virale et l'angine bactérienne.
- Les pathologies bronchiques et celle du parenchyme pulmonaire était décrites dans la 4ème vignette.
- La 5ème vignette a permis d'illustrer l'utilisation d'antibiotique dans les infections bactériennes et l'inefficacité des antibiotiques face aux pathologies virales.
- La dernière vignette reprenait le slogan le plus marquant des campagnes de l'Assurance Maladie à savoir « les antibiotiques c'est pas automatique » et ce dernier fut complété par « mais parfois nécessaire pour guérir », cette dernière vignette était également un résumé des autres.

Un jeu de couleur était utilisé : la bactérie est de couleur orangé, toutes les infections présumées bactériennes étaient coloriées en rouge orangé. Celles présumées virales étaient de couleur violette, le virus étant de cette couleur.

De façon redondante les questions étaient posées par un personnage fictif pour plus d'accroche.

E. Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée à l'aide d'Open Office Calc.

Les résultats des statistiques descriptives quantitatives ont été exprimés en pourcentages ou en nombres.

Les moyennes ont été étudiées pour l'âge du patient, l'âge du parent et pour le nombre de jours supposé de toux.

Pour savoir s'il y avait une différence significative des réponses sur la nécessité d'une antibiothérapie avant et après la lecture de la bande dessinée le test du khi 2 de Mac Nemar a été utilisé.

Le choix de ce test est déterminé par les réponses binaires d'une variable à une question, la réponse oui/non à la nécessité d'une antibiothérapie sur les mêmes sujets avant et après la lecture de l'information sous forme de bande dessinée. Nous étions donc dans le cadre de données appariées.

L'hypothèse nulle était que l'avis sur la nécessité d'antibiotique était indépendante de la lecture de la bande dessinée. Le seuil de significativité est de 5% avec un khi2 théorique égale à 3,84.

III. RESULTATS

Sur les 80 questionnaires qui furent distribués, 63 premières parties de questionnaires furent exploitables et 56 deuxièmes parties de questionnaires furent remplies et analysées.

A. Les données socio-démographiques (Annexe 3)

- âge et sexe

L'âge moyen des patients était de 27 ans avec un âge minimum à 6 mois et un âge maximum à 63 ans.

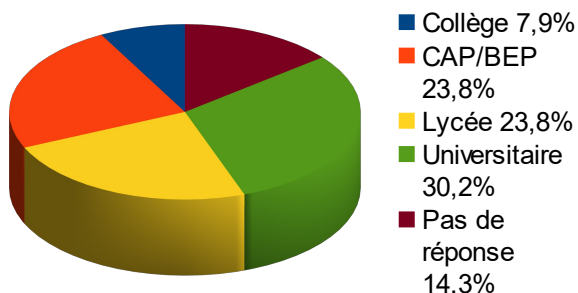
Il y avait 63,5% de femmes, 33,2% d'hommes et 3,2% des gens n'avait pas renseigné leur sexe.

L'âge moyen du parent accompagnant était de 32 ans et il y avait 88% de mères accompagnatrices

Nous avons décidé d'analyser des sous groupes de populations :

- les patients de plus de 55 ans (10 patients interrogés)
- les parents d'enfants de moins de 6 ans (16 patients interrogés)
- les jeunes de 17-26 ans (7 patients interrogés)

- niveau d'étude du patient ou de son parent



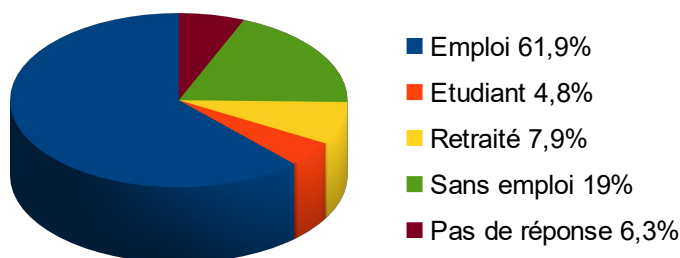
Plus de la moitié des patients interrogés avaient un niveau lycée minimum (54%).

14,3% des patients n'avaient pas renseigné le niveau d'étude, cela correspondait à 10 questionnaires.

8 de ces 10 questionnaires étaient des questionnaires remplis par des parents.

Nous avons analysé les 4 sous groupes de niveau d'étude, avec 4 patients de niveau collège, 13 de niveau CAP/BEP, 13 de niveau lycée et 16 de niveau universitaire.

- le statut d'activité du patient ou de son parent



- les antécédents

Pour obtenir un maximum d'information sur les antécédents des patients la question posée était : « y-a-t-il des problèmes de santé chroniques ou en cours de traitement », et des exemples étaient cités (asthme, bronchite chronique, diabète, problèmes cardiaques).

Sur les 63 patients qui ont été interrogés, 20 avaient répondu à cette question.

A 7 reprises l'asthme a été cité, le diabète était allégué à 2 reprises, l'hypertension artérielle a été rapportée 2 fois, un patient souffrait de problèmes cardiaques, un autre de psoriasis. Un patient signalait comme antécédent l'ostéoporose, un autre indiquait souffrir d'hémorroïdes, un autre de tendinopathie scapulaire avec névralgie cervico-brachiale. Un patient souffrait d'allergie de contact.

Il a été intéressant de souligner que le rhume et la bronchite chez les nourrissons et les moyens grands enfants étaient un antécédent à 6 reprises et pourtant sur ces 6 enfants, 2 étaient également asthmatiques.

- Les allergies

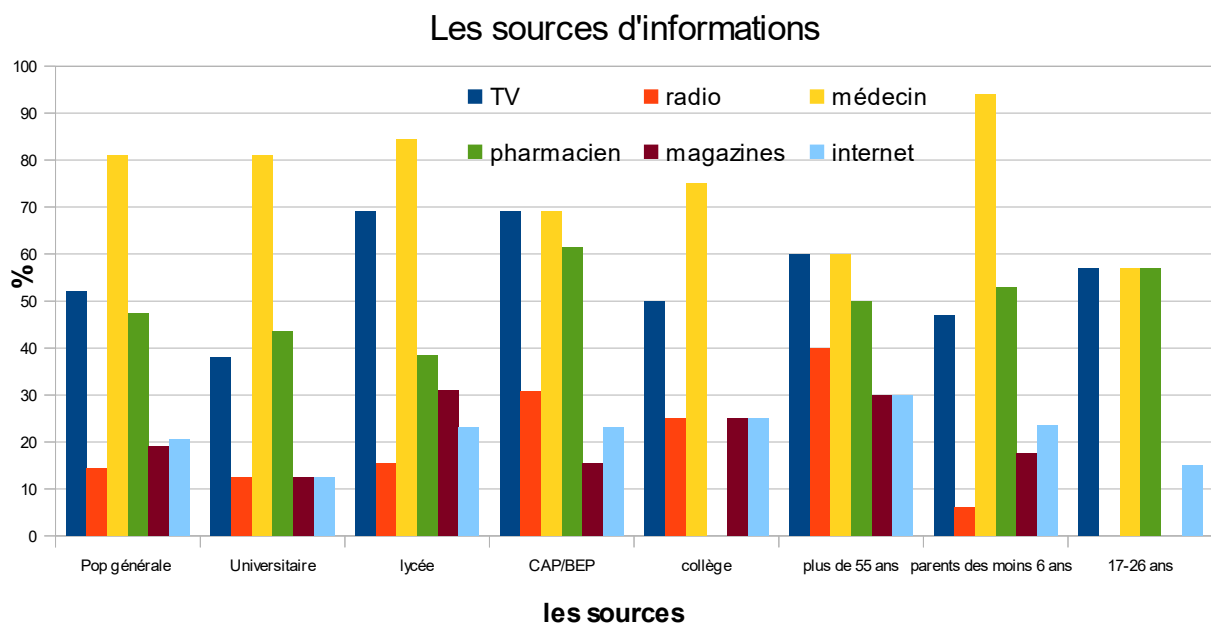
Dix personnes se déclaraient allergiques, dont six à un antibiotique.

- L'interlocuteur et les sources d'informations

Dans 90% des cas, les patients avaient consulté leur médecin traitant.

Le médecin restait la source d'information première, il était cité par 81% des patients interrogés.

Pour la population générale étudiée, la télévision était citée par plus de la moitié des patients (52%), puis le pharmacien était mentionné par 45,5% des patients, 19% d'entre eux rapportait les magazines comme source d'information et 14% la radio. Les patients interrogés se reposait sur les informations d'internet à hauteur de 20,5%.



Nous pouvons constater que la télévision était une source d'information plus importante pour les patients ayant un niveau lycée, et ceux avec un niveau CAP/BEP, (69% chaque), mais aussi pour les patients de plus de 55ans (60%) et les jeunes de 17-26 ans (57%).

La principale source d'information pour les parents des enfants de moins de 6 ans était très largement le médecin (94%).

Internet était une source d'information à hauteur de 12,5% pour les universitaires, ce pourcentage était de 23% pour les patients ayant un niveau lycée, même pourcentage pour ceux avec un niveau CAP/BEP, cela augmentait jusqu'à 25% pour les patients avec un niveau collège. 30% des patients de plus de 55 ans utilisaient internet comme source d'information.

Pour les patients de niveau CAP/BEP, il était intéressant de constater que le médecin et la télévision avaient le même pourcentage (69%).

B. Les pratiques et les connaissances des patients (Annexe 4)

- Les avis concernant l'antibiothérapie

A la question « vous est-il arrivé de ne pas comprendre l'intérêt de prescrire ou ne pas prescrire un antibiotique lors que vous consultez pour un nez qui coule, un mal de gorge, de la toux, avec ou sans de la fièvre », 30% des gens répondaient « oui ».

2% des patients interrogés reconnaissent demander un deuxième avis médical en ce qui concernait la prescription d'antibiotiques.

11% des personnes reconnaissent avoir déjà pris des antibiotiques sans avoir consulté un médecin, la raison invoquée était souvent l'impossibilité de ce rendre chez le médecin et surtout à cause du week-end. Ces 6 patients ayant répondu de façon positive à cette question furent analysé plus loin dans l'exposé.

Dans le sens inverse, 8% concevaient ne pas prendre un antibiotique prescrit par le médecin lors d'un nez qui coule, un mal de gorge, une toux avec ou sans fièvre.

Il était intéressant de constater que 89% des patients interrogés étaient prêt à attendre quelques jours avant de prendre des antibiotiques si le médecin le demandait.

- Les raisons de la prescription d'antibiotiques

Les personnes ayant répondu à ce questionnaire pensaient, à hauteur de 38%, qu'il fallait des antibiotiques pour guérir plus vite.

La fièvre était un motif de prescription d'antibiotique pour 25% d'entre eux avant la lecture de la bande dessinée.

Concernant la douleur comme motif de prescription d'antibiotique, le pourcentage s'élevait à 20% avant l'information écrite.

37% des patients interrogés pensaient que les antibiotiques étaient utiles pour retourner au travail plus vite ou pour que l'enfant puisse retourner plus vite à l'école, la crèche, ou chez la nourrice.

Les antibiotiques étaient perçus comme la seule façon de guérir pour 24% des gens questionnés.

Puis les patients qui le souhaitaient, pouvaient répondre de façon libre.

- Trois d'entre eux relevaient avant la lecture de la bande dessinée que les antibiotiques étaient nécessaires lorsqu'il s'agissait d'une infection bactérienne.
- La durée de la maladie était un critère de prescription pour 6 personnes, une d'entre elle précisant plus d'une semaine.
- A deux reprises il était ré-évoqué que parfois il n'y avait que les antibiotiques pour pouvoir guérir.
- La maladie virale grave ou pas était signalée deux fois.
- Les autres raisons citées furent :
 - « pour ne pas revenir 2 ou 3 fois en consultation »
 - « un état amorphe »
 - « éviter les conséquences d'une maladie mal soignée »
 - « l'importance des symptômes ».

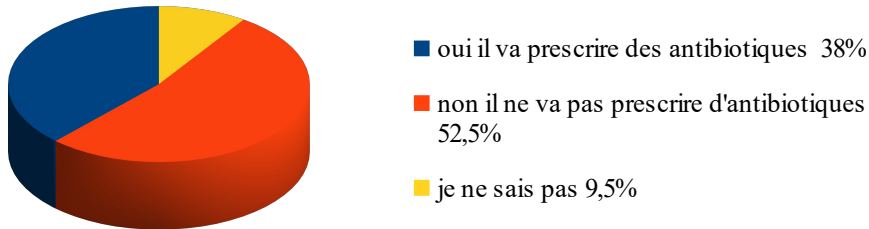
- les motifs de consultation.

Les patients interrogés avaient le choix entre de la toux, le nez qui coule, de la fièvre et très mal à la gorge.

La toux était un motif de consultation pour 74% des patients, le rhume pour 59%, l'odynophagie pour 32% et la fièvre pour 30% d'entre eux.

- La prescription de l'antibiotique et l'antibiorésistance

A la question « pensez-vous que le médecin va prescrire des antibiotiques », 38% avaient répondu par l'affirmative, 9,5% ne savaient pas, et plus de la moitié des gens interrogés à savoir 52,5% ne pensaient pas que le médecin allait prescrire des antibiotiques.



A noter que 41% des patients interrogés étaient rassurés par la prescription d'antibiotiques.

65% des personnes questionnées avaient déjà entendu parler d'antibiorésistance. Mais cette antibiorésistance n'inquiétait que 19% de ces mêmes personnes.

De façon libre les patients pouvaient exprimer leurs inquiétudes. En découlait, la peur de l'inefficacité à long terme des antibiotiques, pouvant même entraîner des difficultés à soigner certaines maladies, certains évoquaient même le risque de décès secondaire à cette antibiorésistance.

Un autre patient se demandait si l'antibiorésistance concernait tous les antibiotiques.

Un parent était inquiet concernant son enfant qui présentait des otites à répétitions, la question était « comme le soigner s'il y a des résistances ».

- La durée de la toux

La durée moyenne de la toux était de 10 jours avec un minimum cité à 3 jours et un maximum à 30 jours.

- La nécessité ou pas de prescrire des antibiotiques

Concernant la grippe, 39% des patients interrogés pensaient que la prescription d'antibiotique était nécessaire.

Pour la pneumopathie, 86% des gens jugeaient que les antibiotiques étaient impératifs.

Ce pourcentage était de 25% pour la rhino-pharyngite.

Les antibiotiques étaient indispensables dans la bronchite aiguë à hauteur de 73% selon la population interrogée.

C. Après la bande dessinée et la consultation du médecin (Annexe 5)

i. La prescription ou pas

Sur les 56 patients ayant répondu à la deuxième partie de questionnaire, 20 étaient sortis de la consultation avec une prescription d'antibiotiques soit un peu plus d'un tiers (36%).

Seulement 2 personnes interrogées, étaient en désaccord avec la non prescription d'antibiotiques par le médecin.

ii. La compréhension de la bande dessinée

- aide à la compréhension

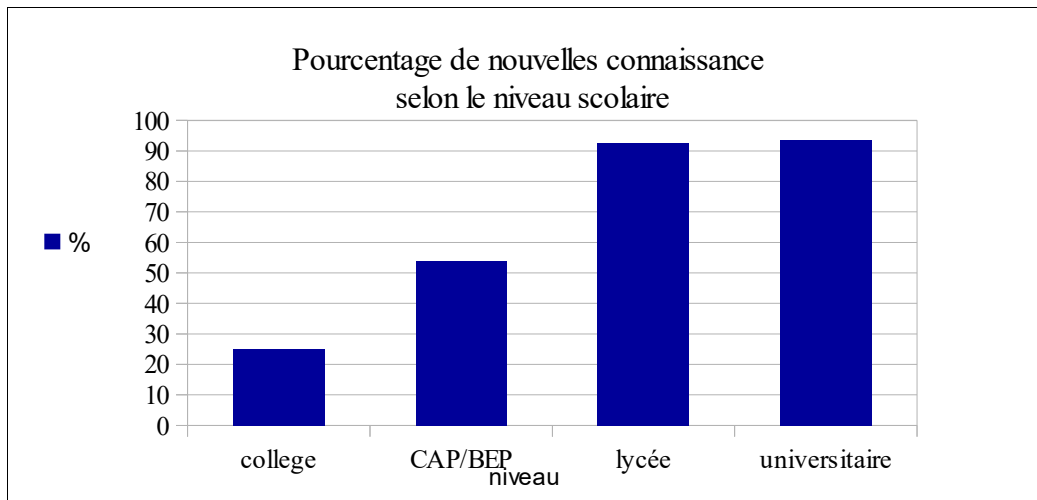
La bande dessinée fut une aide à la compréhension de la décision du médecin concernant l'antibiothérapie dans 93% des cas.

Sur les 4 patients interrogés qui jugeaient que la bande dessinée ne leur aidait pas à comprendre la décision de prescription ou non du médecin, deux avaient une prescription d'antibiotique, et les deux autres n'en avaient pas.

Nous pouvons constater que cette absence d'aide était signalée pour 2 personnes de niveau collègue et 2 de niveau CAP/BEP.

- l'apport de nouvelles connaissances

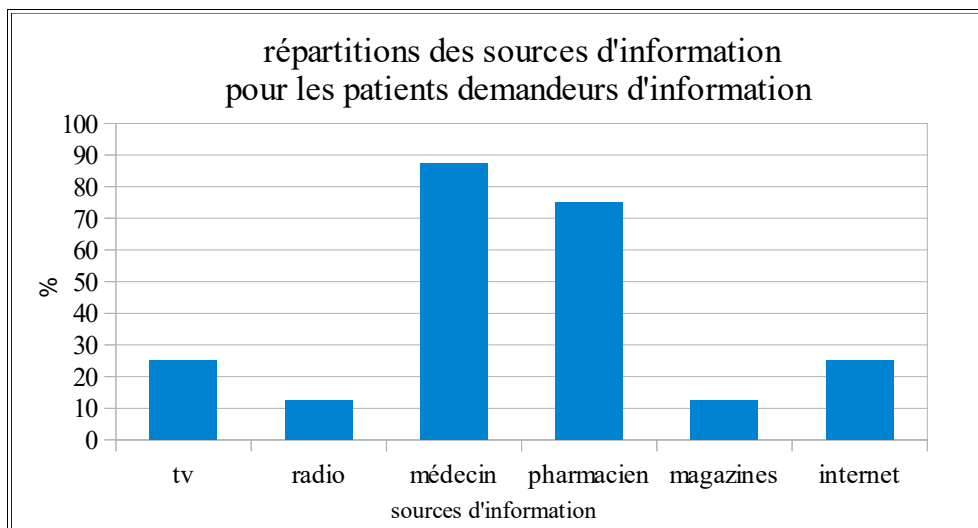
Ce type d'information écrite apportait de nouvelles connaissances à 68% des patients.



Ce pourcentage était plus faible pour les personnes ayant un niveau collège ou CAP/BEP (respectivement 25% et 54%), mais il était plus élevé que la moyenne pour les patients de niveau lycée (92,5%) et ceux de niveau universitaire (93,75%)

Selon 95% des personnes interrogées, la bande dessinée était facile à comprendre et le même pourcentage de patients conseillaient la lecture de cette dernière à d'autres patients.

- Les patients demandeurs d'information



Seulement 14% des patients questionnés, auraient souhaité avoir plus d'information sur la prescription des antibiotiques avant cette intervention avec la bande dessinée.

Une seule personne avait coché toutes les sources d'information.

Le médecin restait la source d'information privilégiée, puis venait la pharmacie avec 75% puis internet et la télévision avec chacun 25%, les magazines ou encore la radio ne représentaient que 12,5% chacun.

Nous pouvons constater que sur ces 8 patients qui avaient répondu par l'affirmative à la question sus-jacente, un était de niveau collègue, trois de niveau CAP/BEP, trois de niveau lycée et un de niveau universitaire.

Nous comptons un retraité, sinon tous avaient un emploi et deux parents des enfants en bas âge.

iii. L'impact de la bande dessinée (Annexe 6)

Pour analyser l'impact de la bande dessinée sur les connaissances des patients, six questions posées dans la première partie du questionnaire avant la lecture de la bande dessinée étaient reprises à la fin de la deuxième partie du questionnaire.

TABLEAU 1 : analyse de la population générale

	TOTAL										oui avant oui après (%)	non avant oui après (%)	oui avant non après (%)	non avant non après (%)	χ^2
	NOMBRE					%									
	avant			après		avant			après						
	oui	non	NSP	oui	non	oui	non	NSP	oui	non					
La fièvre	14	42	0	8	48	25	75	0	14	86	7	7	18	68	4,59
La douleur	11	45	0	6	50	20	80	0	11	89	9	2	10,5	78,5	6,4
La grippe	22	33	1	12	44	39	59	2	21,5	78,5	16	5,5	25	53,5	12,7
La pneumopathie	48	6	2	52	4	85,5	11	3,5	93	7	84	9	2	5	4,76
La rhino-pharyngite	14	40	2	9	47	25	71,5	3,5	16	84	11	5,5	17,5	66	6,73
La bronchite aiguë	41	13	2	22	34	73	23	4	39	61	32	7	45	16	27

- la population générale étudiée

➤ La fièvre

Après la lecture de la bande dessinée 25% des patients questionnés changeaient de réponse. 18% d'entre eux pensaient initialement qu'il fallait prescrire des antibiotiques s'il y avait de la fièvre et après la lecture de l'information écrite ils répondaient que les antibiotiques n'étaient pas nécessaire.

Au total après l'information écrite 86% des patients savaient que la fièvre n'était pas un motif de prescription d'antibiotiques.

Le khi 2 calculé étant de 4,59 pour un khi 2 théorique à 3,84, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle et il est possible de dire qu'il existe un impact positif de la bande dessinée avec un seuil de significativité de 5%.

➤ La douleur

Concernant la douleur après l'information écrite, 10,5% des patients corrigeaient leur réponse par « non » à la question de la nécessité d'antibiotiques pour diminuer la douleur, portant le nombre de réponse négative à cette question à 89%.

Le khi 2 calculé était de 6,4 donc supérieur au khi 2 théorique ce qui permet de déduire que le message de la bande dessinée était passée.

➤ La grippe

Pour la grippe, après la bande dessinée, le pourcentage de patient sachant qu'il ne fallait pas d'antibiotiques s'ils souffraient de cette pathologie virale était de 78,5%, avec un changement d'avis du « oui » vers le « non » de 25%.

Nous concluons de nouveau que la bande dessinée avait un impact positif avec un khi 2 calculée à 12,5.

➤ La pneumopathie

La pneumopathie était vulgarisée sous le terme de pneumonie dans le questionnaire. L'effet de la bande dessinée était démontré pour cette pathologie avec un khi 2 à 4,76. Avant l'intervention le pourcentage de réponse affirmative était de 85,5%. Ce pourcentage augmentait à 93% après la bande dessinée.

Trois personnes qui avaient répondu non initialement s'étaient corrigées, puis deux personnes qui ne savaient pas avant la bande dessinée, répondaient oui après avoir lu l'information écrite.

➤ La rhino-pharyngite

L'impact de cette intervention écrite était positif pour la rhino-pharyngite avec un pourcentage de correction vers la non prescription d'antibiotique de 17,5% et un khi 2 à 6,73.

Après la lecture de la bande dessinée 84% des patients questionnés savait que la rhino-pharyngite ne nécessitait pas d'antibiotiques.

➤ La bronchite aiguë

L'effet de la bande dessinée fut le plus important pour la bande dessinée, avant la bande dessinée 73% des gens interrogés répondaient que l'antibiothérapie était nécessaire lors d'une bronchite aiguë, après l'intervention écrite 61% des personnes questionnées comprenait que cette prescription n'était pas impérative.

Le pourcentage de patients passant de la réponse affirmative à la réponse négative était de 45%. Les deux personnes qui ne pouvait pas répondre à la question avant la bande dessinée, avaient répondu non après. Le khi 2 calculé était de 27.

- les hommes versus les femmes

TABLEAU 2 : Résultats avant et après lecture de la bande dessinée pour les hommes et les femmes

		fièvre		douleur		grippe		pneumopathie		rhinopharyngite		bronchite aiguë	
		avant	après	avant	après	avant	après	avant	après	avant	après	avant	après
femme	oui	21,0%	9,5%	14,0%	2,0%	38,0%	19,0%	85,5%	90,5%	21,5%	14,0%	74,0%	45,0%
	non	79,0%	90,5%	86,0%	98,0%	60,0%	81,0%	12,0%	9,5%	76,0%	86,0%	24,0%	55,0%
	ne sait pas					2,0%		2,5%		2,5%		2,0%	
	x ²	5,4		12		17,5		2,38		4,7		21	
homme	oui	36,0%	27,0%	36,0%	36,0%	45,0%	27,0%	90,0%	100,0%	45,5%	27,0%	73,0%	18,0%
	non	64,0%	73,0%	64,0%	64,0%	55,0%	73,0%	0,0%	0,0%	45,5%	73,0%	18,0%	82,0%
	ne sait pas							10,0%	0,0%	9,0%		9,0%	
	x ²	3		0		6		9		16		49	

Pour cette analyse par sexe, nous avons 42 patientes ou mère de patient et 11 patients ou père. Nous constatons que les hommes avaient, avant lecture de la bande dessinée, un pourcentage d'erreur plus fort que celui des femmes.

Même si ce pourcentage d'erreur diminuait après lecture de la bande dessinée, il restait souvent plus fort chez les hommes.

Il y a donc un impact de la bande dessinée plus marqué pour les femmes en ce qui concernait la non nécessité d'antibiotiques devant les symptômes fièvre et douleur. L'impact ne fut pas démontré pour les hommes, peut-être par manque de puissance (faible échantillon).

L'impact était positif pour la pneumopathie chez les hommes mais cela était lié au fait qu'un homme sur les 11 n'avait pas initialement cette connaissance et répondait correctement après lecture de la bande dessinée.

Nous pouvons remarquer que l'impact de la bande dessinée sur les hommes dans la bronchite aiguë était très fort avec des pourcentages qui s'inversait et un khi 2 de 49.

TABLEAU 3 : les χ^2 calculé des différents sous groupes

	χ^2 calculé					
	La fièvre	La douleur	La grippe	La pneumopathie	La rhinopharyngite	la bronchite aiguë
la population générale	4,59	6,4	12,7	4,76	6,73	27
le niveau universitaire	11,25	4,46	16,66	6,25	25	56
le niveau lycée	0	7,69	7,7	7,7	7,7	69
le niveau CAP/BEP	2,56	15,4	15,4	0	7,7	5,6
le niveau collège	25	0	25	0	50	25
les plus de 55 ans	10	10	10	0	10	3,3
les parents d'enfants de moins de 6 ans	11,25	12,5	22,3	12,5	18,75	28
les jeunes entre 17 et 26 ans	28,75	0	71,42	14	28,5	71
les patients qui souhaiteraient des antibiotiques	4,76	0	25	19	6,1	34
les patients qui prennent des antibiotiques sans avis médicale	50	17	5,5	0	33	67

résultat significatif en positif

résultat significatif en négatif

résultat non significatif

- Selon le niveau scolaire.

- ✕ Le niveau universitaire

L'impact de la bande dessinée était plus important pour cette sous population en ce qui concerne la non nécessité d'utiliser les antibiotiques dès lors qu'une personne souffrait de fièvre (khi 2 calculé à 11,25).

L' influence de l'information écrite était plus marquée pour les patients ayant un niveau universitaire par rapport à la population globale, tant pour comprendre la non utilité des antibiotiques dans la grippe, la rhino-pharyngite et la bronchite aiguë, que la nécessité de la prescription antibiotique dans la pneumopathie.

- ✕ Le niveau lycée

Nous constatons l'absence d'impact de la bande dessinée pour les patients ayant un niveau lycée en ce qui concerne l'absence de besoin d'antibiotique pour le symptôme fièvre.

Il était intéressant de souligner que l'impact le plus important pour cette sous population, était celui de la prise de conscience de la l'inutilité d'une antibiothérapie en cas de bronchite aiguë avec un khi 2 calculé à 69.

- ✕ Le niveau CAP/BEP

Pour ce sous groupe, il n'y avait pas d'impact de la bande dessinée concernant l'inutilité des antibiotiques lors qu'un patient souffre de fièvre, l'impact était également nul en ce qui concerne l'intérêt des antibiotiques dans la pneumopathie

L'effet de l'information écrite était nettement plus faible concernant la non utilisation d'antibiotiques dans la bronchite aiguë.

- ✕ Le niveau collège

L'impact de la bande dessinée était positif concernant la nécessité de ne pas prescrire d'antibiotique pour le symptôme fièvre.

L'effet fut nulle pour le symptôme douleur, et il n'y avait pas d'impact non plus concernant la pneumopathie.

Mais le retentissement de l'information écrite était négatif sur la grippe, la rhino-pharyngite et la bronchite aiguë.

- Les plus de 55 ans

Sur les 10 patients qui représentaient cette tranche d'âge, 6 avait un niveau CAP/BEP, 2 un niveau collège et 2 un niveau lycée.

Il n'y avait qu'un impact positif de la bande dessinée concernant le symptôme de la douleur pour cette tranche d'âge.

Il n'y avait pas d'effet sur la bronchite aiguë, il était même nulle pour la pneumopathie.

L'influence de la bande dessinée fut négatif en ce qui concernait la fièvre, la grippe, et la rhino-pharyngite.

- Les parents d'enfants de moins de 6 ans

La bande dessinée avait un impact positif dans tous les domaines sur les parents d'enfants de moins de 6 ans. Les khi 2 calculés étaient presque multipliés par 2 en dehors de celui de la bronchite aiguë.

Parmi les 16 parents ayant répondu à cette étude, 5 n'avaient pas précisé leur niveau scolaire, 8 avaient un niveau universitaire, un parent avait un niveau lycée et 2 un niveau CAP/BEP.

- Les jeunes entre 17 et 26 ans

Les khi 2 calculés pour cette tranche d'âge furent les plus élevées. Pour ce sous groupe l'impact de la bande dessinée était très important concernant la grippe et la bronchite aiguë avec des khi calculé à 71. Cette tranche d'âge apprenait également que la fièvre n'était pas un motif de prescription d'antibiotique avec un khi 2 calculé à 28, que la rhino-pharyngite était une maladie virale et que les antibiotiques étaient inutile avec un khi 2 calculé à 28.

On dénombrait 4 patients de niveau universitaire, 1 de niveau lycée et 2 de niveau CAP/BEP

- Les patients qui souhaitaient des antibiotiques

L'impact de la bande dessinée était positif et elle réussissait à expliquer à cette population que la fièvre, la grippe, la rhino-pharyngite et la bronchite aiguë n'étaient pas des motifs de prescription d'antibiotiques.

Sur les 21 patients interrogés qui souhaitaient des antibiotiques avant la lecture de la bande dessinée, 10 étaient des parents.

Dans cette sous population, 2 n'avaient pas indiqué leur niveau d'étude, 2 étaient de niveau collège, 3 de niveau CAP/BEP, 5 de niveau lycée et 7 de niveau universitaire.

Après la consultation avec le médecin, 8 de ces 21 patients n'avaient pas de prescriptions d'antibiotiques mais aucun n'était en désaccord avec cette non prescription.

- Les patients qui prenaient des antibiotiques sans avis médical

Les patients qui avouaient prendre des antibiotiques sans avis médical, comprenaient grâce à la bande dessinée que les antibiotiques n'étaient pas la solution à la fièvre avec un khi 2 calculé à 50. L'impact de l'information écrite était très important pour la rhino-pharyngite et la bronchite aiguë avec des khi 2 calculé respectivement de 33 et 67.

- l'impact de l'information et la fréquence de ces pathologies en médecine générale

TABLEAU : 4 : Les pourcentages de motif de consultations selon l'Observatoire de Médecine Générale

	pourcentage du motif de consultation				
	La fièvre	Angine Pharyngite	La toux	La rhino pharyngite	la bonchite aiguë
la population générale	17,4%	4,7%	3,7%	12,3%	3,4%
les patients entre 50 et 80 ans	8,8%	2,5% (entre 50 et 59 ans)	4,4%	8,2%	4,3%
les enfants entre 2 et 9 ans	35,4%	9,5%	6,3%	21,7%	4,9%
les jeunes entre 17 et 26 ans	16,7%	5,6%	2,0%	11,1%	2,0%

La fièvre est responsable de plus d'une consultation sur 10 dans la population générale, elle est même le motif d'un tiers des consultations des enfants entre 2 et 9 ans. Il est donc très intéressant de se rendre compte que pour les parents d'enfants de moins de 6 ans et pour les jeunes le message de la bande dessinée comme quoi fièvre ne rime pas avec antibiotiques est passé.

La bronchite aiguë est le motif de consultation le moins représentatif, on peut donc supposer que c'est pour cela que l'impact de la bande dessinée est le plus fort.

L'état fébrile, les odynophagies de l'angine et de la pharyngite, la toux, la rhino-pharyngite et la bronchite aiguë représentent plus des trois quarts des motifs de consultation des enfants entre 2 et 9 ans, il est donc très intéressant de savoir que la bande dessinée est un bon support d'information chez leurs parents pour faire passer les messages.

TABLEAU 5 : l'impact de la bande dessinée de façon symbolique

	χ^2 calculé					
	La fièvre	La douleur	La grippe	La pneumopathie	La rhinopharyngite	la bronchite aiguë
la population générale	+	+	++	+	+	+++
le niveau universitaire	++	+	++	+	+++	+++
le niveau lycée	0	+	+	+	+	+++
le niveau CAP/BEP	0	++	++	0	+	+++
le niveau collège	+++	0	0	0	0	0
les plus de 55 ans	0	++	0	0	0	0
les parents d'enfants de moins de 6 ans	++	++	+++	++	++	+++
les jeunes entre 17 et 26 ans	+++	0	+++	++	+++	+++
les patients qui souhaiteraient des antibiotiques	+	0	+++	++	+	+++
les patients qui prennent des antibiotiques sans avis médicale	+++	++	+	0	+++	+++

IV. DISCUSSION

A. Synthèse des résultats

Ce travail a permis de montrer qu'une information sous forme de bande dessinée a un impact positif sur la compréhension qu'on les patients sur la prescription d'antibiothérapie dans les infections respiratoires.

Les patients interrogés ont changé de comportement, après la lecture de la bande dessinée. Ils ont compris que la fièvre ou encore la douleur ne sont pas des symptômes qui entraînent ipso facto la prescription d'antibiotique.

Ce changement de comportement est plus marqué pour la fièvre. La fièvre est un signe de gravité d'une infection dans l'imaginaire des patients, et cette gravité peut induire la notion de nécessité de l'antibiothérapie. La bande dessinée s'efforce donc d'expliquer que la fièvre est synonyme d'attaque et de réaction du corps humain contre un virus ou une bactérie sans relation avec la gravité du processus infectieux.

L'impact de la BD est fortement positif en ce qui concerne la grippe et la bronchite aiguë, car après information écrite la population interrogée assimile bien que les antibiotiques sont inefficaces sur ces pathologies virales.

L'effet de la bande dessinée est moins marqué pour la compréhension de la rhino-pharyngite. Plus de 70% des patients questionnés savent, avant la lecture de la bande dessinée, qu'il ne faut pas d'antibiotiques lors d'une rhino-pharyngite. Mais après lecture de la bande dessinée ce pourcentage augmente à 84%.

L'impact le plus faible concerne la pneumopathie, mais nous pouvons signaler que plus de 85% des patients interrogés savent, avant la lecture de la bande dessinée, que le diagnostic de pneumopathie sous entend la prescription d'antibiotiques.

B. Les limites de ce travail

i. Biais de sélection

- les patients illettrés

Malheureusement, nous avons délibérément écartés les patients illettrés car ils ne pouvaient pas répondre à un questionnaire de façon autonome.

- rhume et toux versus fièvre et douleur

Nous pouvons également signaler un biais de sélection lors du recrutement. Les patients ont été sélectionnés principalement par la secrétaire, s'ils présentait une rhinite, une toux. La fièvre et l'odynopagie sont des symptômes moins bruyant dans la salle d'attente. Nous avons très probablement recruté plus de patient souffrant de rhino-pharyngite et de bronchite aiguë, que d'angine ou de grippe.

- les plus de 65 ans et leur littératie à la santé

Les patients âgés de plus de 65 ans ont été exclus de cette étude.

Ce critère d'exclusion est volontaire, les antécédents sont plus nombreux chez les patients ayant plus de 65 ans et la peur de la surinfection bactérienne est plus importante pour le médecin.

On peut s'interroger sur les craintes du médecin vis à vis de cette population parfois plus fragile qui pourraient entraîner un risque de sur-prescriptions d'antibiotiques lors de ces infections respiratoires présumées virales.

En découle une autre question, y-a-t-il un risque de sur-enchère de l'antibiothérapie ? Que faire lorsque l'antibiotique de 1ère intention a été mis très rapidement pour un problème viral et qu'une surinfection apparaît sous cet antibiotique.

La toux est le principal symptôme qui pousse le patient à consulter son médecin. Cette dernière peut durer plus de 15 jours. En dehors d'un toux liée à une pneumopathie ou une surinfection bronchique, nous n'avons pas d'argument pour prescrire un antibiotique, mais si l'antibiotique est prescrit lors de la phase initialement virale de la maladie, que prescrit le médecin qui pense secondairement à une surinfection bactérienne ?

Il faut évoquer également les difficultés pour ne pas prescrire un antibiotique pour une infection respiratoire présumée virale si le patient a pris l'habitude d'en avoir par le passé.

Cette population des plus de 65 ans a connu la prescription des antibiotiques « en systématique » et la prescription « miracle » de l'antibiotique. La littératie en santé de cette population est totalement différente des autres de par leur histoire.

Il est évident que les habitudes de prescription non raisonnée d'antibiotiques comme l'ont parfois connu les patients plus âgés entretient la demande du patient et nécessite un temps d'explication prolongé pour les médecins. Il doit alors reprendre l'histoire du patient pour expliquer que l'antibiothérapie n'était pas la panacée de la prise en charge

Nous pouvons même nous interroger sur la nécessité d'une campagne d'information spécifique avec des explications adaptées à cette tranche d'âge et avec des précisions concernant les changements.

- Population rurale ou urbaine

La population étudiée est issue de cabinets du pays de Caux aussi bien de ville comme Fécamp (plus de 19000 habitants) ou de village aux alentours (entre 300 et 1000 habitants). Il serait intéressant de savoir si les résultats de cette thèse pourraient être extrapolés à des populations encore plus urbanisées comme Rouen ou ses alentours.

Rappelons que selon l'étude de Wong [24], il y a le même pourcentage de gens ayant un faible niveau de littératie en santé en milieu rural qu'en milieu urbain.

ii. Les résultats significatifs en négatif

Nous constatons que pour les patients de niveau collège interrogés, où pour ceux de plus de 55 ans, nous avons des résultats significatifs mais qui montrent que la bande dessinée a un impact nul.

Concernant ces sous-groupes, nous pouvons émettre l'hypothèse que la bande dessinée n'a pas été comprise. D'ailleurs nous pouvons rappeler que 4 personnes ont signalé que la bande dessinée ne leur avait pas permis de comprendre la décision de prescription ou pas d'antibiotiques et que 2 d'entre elles avaient un niveau collège et les 2 autres un niveau CAP/BEP. Cela nous renvoie au principe de littératie en santé.

La population des plus de 55 ans questionnée pour cette étude a majoritairement un niveau CAP/BEP, voir collègue, il n'y a pas de niveau universitaire, seul 2 patients sur les 10 avait un niveau lycée.

L'information écrite ou encore le support de la bande dessinée ne sont probablement pas adaptés pour ces sous-groupes.

Nous pouvons signaler que la source d'information principale pour les plus de 55 ans reste la recherche sur Internet avec des taux de 30% et 25% pour les patients de niveau collègue.

La télévision est pour tous les sous-groupes soit la première ou la deuxième source d'information après le médecin.

Les slogans de l'assurance maladie qui ont été les plus populaires, ont été diffusés à la télévision.

iii. Biais d'information

Nous constatons un possible biais d'information car 63 questionnaires ont été complétés sur les 80 délivrés, soit un pourcentage de 79%. Sur ces 63 questionnaires, 56 ont été interprétable en totalité soit 70% des questionnaires délivrés ou 88% des questionnaires complétés.

Dans l'étude quantitative descriptive de Murielle Daudin et d'Elise Lepinay, 290 questionnaires ont été distribués, 241 récupérés et 203 interprétables. 83% des questionnaires distribués ont été récupérés (versus 79% pour notre étude), et 84% des questionnaires récupérés ont été interprétables (versus 88%), et le pourcentage de questionnaires interprétables par rapport à ceux délivrés est le même, à savoir 70%. [30]

Pour l'étude quantitative descriptive de Lydia Brispot, 85% des questionnaires reçus sont exploitables. [31]

Même si le nombre de questionnaires délivrés et complétés est plus faible dans notre étude, les pourcentages sont proches de ceux d'autres études.

iv. Biais d'exécution

Lors de notre étude, le médecin traitant n'a pas l'obligation de parler de la bande dessinée, or nous savons que l'information écrite obéit à certaines règles comme celle d'avoir un meilleur impact lors qu'elle est distribuée et commentée par le médecin généraliste qui est, rappelons le, la première source d'information auprès du patient.

L'impact serait plus marqué si la bande dessinée était proposée par le médecin généraliste.

C. Comparaison avec l'étude du Docteur Collomb-Gery de 2012

i. les signes et les pathologies nécessitant des antibiotiques

Les antibiotiques sont nécessaires en présence de fièvre pour 25% des patients interrogés dans notre enquête. L'étude du Docteur Collomb-Gery révèle que 17% pensent qu'il faut des antibiotiques lorsque qu'un patient a plus de 38°C de température, ce pourcentage s'élève à 34% si cette fièvre persiste depuis 3 jours.

Dans notre étude nous avons négligé de demander à partir de combien de jour le symptôme de la fièvre est inquiétant pour le patient. Ceci est un regret car en pleine période de grippe, la durée de la fièvre est un motif de reconsultation, et cette période « autorisée » de fièvre n'est pas la même pour le médecin, ou pour le malade.

La grippe est une pathologie synonyme d'antibiotique avant la lecture de la bande dessinée à hauteur de 23% versus 22% dans l'étude du Docteur Collomb-Gery, ce qui est similaire.

Les pourcentages sont également semblables entre les 2 études pour la rhino-pharyngite, 27% en 2015 et 25% en 2012

ii. le pourcentage d'erreur

De la même façon que dans l'étude d'Audrey Collomb-Gery, le pourcentage « d'erreur » aux questions avant la lecture de la bande dessinée est plus faible chez les femmes.

Mais nous ne retrouvons pas de pourcentage plus faible chez les parents par rapport à la population générale.

Le docteur Collomb-Gery explique dans son enquête que plus le niveau d'étude est faible, plus les antibiotiques sont dotés d'autres rôles, que celui de bactéricidie. L'antibiothérapie est sensée diminuer la fièvre ou calmer la douleur. Nous retrouvons cela dans notre étude, puisque les patients de niveau collège et CAP/BEP ont un pourcentage d'erreur plus élevé aux questions portant sur la nécessité de prescription d'antibiotiques pour le symptôme de la fièvre ou celui de la douleur. Ce pourcentage d'erreur est plus faible pour les populations de niveau lycée ou universitaire.

Le pourcentage d'erreur est plus fort pour la population des jeunes dans la globalité en dehors de la question sur la bronchite aiguë où le pourcentage est équivalent à celui de la population générale.

Nous ne pouvons pas discuter des pourcentages d'erreur des plus de 55 ans car d'une part l'échantillon est trop faible et d'autre part, pour cette population, l'information sous forme de bande dessinée a eu un impact négatif.

iii. Antibiorésistance ou inoffensivité des antibiotiques ?

Dans l'enquête du Docteur Collomb-Gery, 56% des patients pensent que les antibiotiques peuvent être nuisibles.

63% des patients interrogés en 2015 déclarent avoir entendu parler de l'antibiorésistance mais elle n'inquiète que 20% de la population questionnée.

Nous avons vu que cette antibiorésistance est une des conséquences du phénomène français de sur-prescription et de sur-consommation. Toutefois il faut garder à l'esprit qu'un antibiotique n'est pas en vente libre et les médecins généralistes restent les prescripteurs.

Notons que les patients sont très mal informés quant aux motifs incitant à la réduction des prescriptions d'antibiotiques, puisque dans l'étude du Docteur Collomb-Gery, les patients pensent que les médecins prescrivent moins d'antibiotiques dans le but de favoriser une économie sur le coût de la santé pour l'assurance maladie.

Nous devrions mieux expliquer à nos malades, peut être en reprenant des slogans entendus à la télévisions, « les antibiotiques utilisés à tort, ils deviendront moins fort » et en les complétant.

La thèse du Docteur Collomb-Gery a permis de relever que les patients n'envisagent que le but économique de la réduction des prescriptions d'antibiotiques, or le but premier est plutôt écologique pour réduire l'antibiorésistance.

Il faut que le patient comprenne que c'est pour préserver sa santé que nous ne prescrivons pas d'antibiotiques et non pas pour lui faire courir un sur-risque au profit d'une éventuelle économie de santé.

iv. Les sources d'informations

Le médecin reste la première source d'information pour un patient, il est cité par 82% des patients dans notre étude et par 87% dans l'étude de 2012.

Si nous regroupons la télévision, la radio, la presse et internet, le pourcentage est de 62,5% versus 55% dans l'étude du Docteur Collomb-Gery.

Le pharmacien est une source d'information pour 46% des interrogés contre 55% en 2012.

Internet est une source pour 15% des patients en 2012 et dans notre étude réalisée en 2015 ce pourcentage s'élève à 21% des questionnés.

Internet est très probablement une source d'information en puissance pour les patients. Il va falloir que le médecin prenne avec son patient ce nouveau virage sociétal.

v. Les habitudes d'utilisation

Dans l'enquête du Docteur Audrey Collomb-Gery, 4% des patients avouent être demandeurs d'antibiotiques et 78% déclarent faire confiance à leur médecin.

Dans notre étude seul 2% des patients questionnés reconnaissent demander un deuxième avis concernant la prescription d'antibiotique. Nous pouvons également signaler que 41% des patients interrogés se disent rassurés par la prescription d'antibiotique. Avant la consultation 37,5% pensent que le médecin va leur en prescrire.

vi. La prescription différée et l'automédication

Dans notre étude les patients interrogés sont prêts à attendre quelques jours avant de prendre des antibiotiques à hauteur de 89%. Ce pourcentage est similaire à celui de l'étude du Docteur Collomb-Gery qui est de 88%

Le pourcentage d'automédication est de 14% dans l'étude de 2012 versus 11% dans notre travail.

D. Les perspectives de ce travail

i. L'health literacy

La littératie à la santé inclut les savoirs, les peurs, les croyances, les valeurs, les attitudes et les comportements en santé d'un individu.

Notre étude a révélé que sur certains sujets, le patient a des connaissances insuffisantes. Il serait bénéfique que le médecin relève ces lacunes et les corrige.

a) concernant la toux

La toux a été le premier motif de consultation dans cette étude pour 74% des patients, loin devant le rhume (59%), l'odynophagie (32%), et la fièvre (30%).

Dans ce travail les patients interrogés évaluaient la durée moyenne de la toux à 10 jours, hors selon la méta-analyse d'Erbell, une toux aiguë dure environ 17,8 jours.

Il pourrait être pertinent que le médecin reconnaisse devant son patient à voix haute le caractère épuisant et invalidant de la toux, et/ou encore son côté anxiogène lors qu'un enfant tousse la nuit seul dans sa chambre. Le patient/parent a sûrement besoin d'information objective comblant un besoin de réassurance.

Le médecin pourrait mieux informer le patient/parent en lui expliquant que la toux est un mécanisme de défense qui permet d'éviter la surinfection de l'arbre bronchique en expectorant le microbe et que la toux ne signifie pas pneumopathie. La toux d'irritation doit également être expliquée au patient.

b) concernant les antécédents

Le terme d'antécédent en médecine est défini par un événement pathologique, personnel ou familial ayant précédé l'affection actuelle pour laquelle il consulte.

Dans notre étude, pour connaître les antécédents des patients, nous avons décidé de parler de problèmes de santé chronique ou des problèmes médicaux en cours de traitement. Nous avons été surpris de constater que pour certains parents, les rhumes ou les bronchites à répétitions chez leurs nourrissons ou leurs enfants plus âgés, restent des problèmes de santé chronique.

Or cela est bien un antécédent au sens propre du terme, mais pour le médecin, les rhumes ou les bronchites à répétitions chez les enfants sont bénins et correspondent à la maturation du système immunitaire et non à des pathologies qui modifieraient la prise en charge et la prescription.

Dans ce contexte, il serait bénéfique de faire verbaliser cette angoisse du parent et de rassurer ce dernier sur le caractère bénin de ces infections virales à répétitions.

ii. L'information défensive

Il peut arriver que le médecin prescrive sans indication réelle. Une telle prescription amène parfois à conclure plus rapidement une consultation, une information écrite pourrait être une alternative à une prescription pour finaliser un entretien.

Un document écrit donné lors d'une consultation peut avoir des répercussions médico-légales, si on le stipule dans le dossier médical.

Le médecin peut être tenté de sur-informer le patient, parfois en lui confiant des listes d'effets secondaires ou indésirables lors d'une prise en charge. La patient lit cette liste parfois, la comprend rarement mais la signe toujours. Il n'y a aucune obligation légale de signature mais le patient sait que s'il ne signe pas, il ne sera pas soigné.

Néanmoins, il ne faut pas que le document écrit devienne un bouclier entre le médecin et le patient. Un document écrit ne peut remplacer une consultation complète mais il améliore la communication entre le médecin et le patient [5].

iii. Les projets futurs

Nous pourrions travailler avec les pharmaciens pour que la prescription différée d'un antibiotique soit vraiment différée dans le temps. Cette prescription différée n'a d'impact que si le patient se pose la question de retourner ou pas chez son pharmacien pour se faire délivrer son antibiotique, le pharmacien peut aussi lors de ce second échange conseiller et informer le patient.

Le médecin doit guider les recherches des patients sur internet et nous pourrions imaginer une liste de site internet inscrit sur l'ordonnance pour telle ou telle pathologie.

CONCLUSION

Une information écrite améliore la communication, augmente la satisfaction du patient et améliore la relation de confiance entre le médecin et son patient. Un patient en confiance est plus observant des prises en charge souhaitées par son médecin.

Rappelons que 75 % des patients sont demandeurs d'une information écrite avec leur prise en charge et que 80% des patients lisent la documentation proposée.

Une information présentée sous forme de bande dessinée à un impact sur la compréhension de la prescription ou de la non prescription d'un antibiotique dans les infections respiratoires.

Cette information doit être claire, loyale, exhaustive et adaptée au niveau de littératie de son patient.

La bande dessinée est un vecteur de communication efficace .

L'impact est plus marqué chez les jeunes entre 17 et 26 ans, mais l'impact est négatif pour les patients de plus de 55 ans.

Informé son patient est à la fois un devoir déontologique mais aussi une obligation légale.

Les patients doivent devenir des demandeurs d'antibiotiques responsables mais pour cela, ils doivent se sentir concernés par la problématique de la surconsommation des antibiotiques et de sa conséquence, l'antibiorésistance.

Les patients ne doivent pas interpréter la non prescription d'un antibiotique comme une économie pour le système de santé ou encore un sur-risque pour leur santé.

Pour convaincre un patient de l'inutilité d'une prescription d'antibiothérapie, il faut d'abord que son médecin en soit convaincu.

La prescription d'un antibiotique, même lorsque le médecin n'est pas d'accord, n'est pas un échec pour le médecin, si un dialogue constructif s'est établi avec le patient.

Un document d'information peut permettre de conclure une consultation plutôt qu'une prescription.

En l'absence de communication adaptée au patient, la consommation d'antibiotiques augmente et c'est au médecin, première source d'information pour le patient, d'être le moteur de cette communication.

Pour s'adapter au niveau de littératie de son patient, le médecin doit avoir une écoute active pour que le patient puisse exprimer ses acquis, ses croyances, ses peurs, ses angoisses.

Le support et le contenu d'une information doit reposer sur la littératie de chaque sous-groupe pour qu'elle soit la plus compréhensible et la plus adaptée possible de façon à ce qu'elle ait le meilleur impact possible.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Marra F et al. Antibiotic use among children in British Columbia, Canada
J Antimicrob Chemother, Oct 2006, vol 58, n°4 p830-839
- [2] Guillemot D et al. Consommation des antibiotiques en France.
BEH, juillet 2004 n°32 p 144-147
- [3] Gauld VA. Written advice : Compliance and recall.
J R Coll Gen Pract 1981 ; 31 : 553-556
- [4] Kenny T et al. A PIL for every ill.
Fam Pract 1998;15:471-9
- [5] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Linformation_du_patient__CNP_2012.pdf
- [6] Kitching JB. Patient information leaflets – the state of the art.
J R Soc Med 1990 ; 83 : 298-300
- [7] Weinman J. Providing written information for patients : psychological considerations
J R Soc Med 1990 ; 83 : 303-305
- [8] Ley P. Satisfaction compliance and communication
Br J Clin Psychol 1982, 21 : 241-254
- [9] Macfarlane J et al. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care.
BMJ 2002 ; 324 : 91
- [10] Little P et al. Information leaflet and antibiotic prescribing strategies for acute lower respiratory tract infection.
JAMA 2005 Jun 22 ; 293(24) : 3029-35
- [11] Arroll B et al. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections ? A systematic review. British Journal of General Practice, 2003,53,871-877
- [12] Spurling GKP et al. Delayed antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4, Art No CD004417
- [13] Moore M et al. Effect of antibiotic prescribing strategies and an information leaflet on longer-term reconsultation for acute lower respiratory tract infection.
BJGP 2009 Oct 1 ; 59 (567) : 728-734
- [14] <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/ebug.asp>

- [15] cnr-pneumo.com/docs/rapports.
- [16] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf
- [17] Rapport de l'agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé sur l'Evolution de la consommation d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013
- [18] Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
- [19] Little P et al. Amoxicillin for acute lower-respiratory-tract infection in primary care when pneumonia is not suspected: a 12-country, randomised, placebo-controlled trial
The lancet infectious diseases vol 13 fev 2013
- [20] Etude de l'IPSOS avec le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments
- [21] M.H Ebell. How long does a cough last ?
Annals of family medicine January, February 2013 vol 11
- [22] PAAIR -Rapport scientifique Octobre 2001.
- [23] FOCUS SANTE n°2 mai 2012 Alphabétisation et santé
- [24] WONG et al. How well do patients understand written instructions ? Health literacy assessment in rural and urban rheumatology outpatients
Medicine novembre 2014 volume 93 issues 25
- [25] Kaszap M et Zanchetta M. La littératie en santé, vécue dans la simplicité mais comprise à travers la complexité.
Presses de l'Université d'Ottawa, volet 4, 2009 pp 287-325
- [26] MURRAY S. et alli, « Littératie en santé au Canada. Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes », Ottawa, Conseil canadien sur l'apprentissage, 2007, p.5.
- [27] Canada. (2011, 2011-10-21). Qu'est-ce qui détermine la santé ? Retrieved 12 janvier, 2013, from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>
- [28] Sanni Yaya, H. (2010). *Les déterminants sociaux de la santé : une synthèse*. Montréal, Québec, Canada: Guérin universitaire.
- [29] <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2014/2-LANGIS.pdf>
- [30] These Murielle Daudin et Elise Lepinay, Association entre niveau d'estime de soi et statut socio-économique des patients : étude quantitative descriptive par questionnaires auto-administrés en cabinet de médecine générale de la région

Rhône-Alpes.

Faculté de médecine de Grenoble

Année 2015

[31]

These Lydia Brispot, Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Etude quantitative en Midi Pyrennées

Faculté de

Toulouse III

Année 2013

ANNEXES

Annexe 1 : Information écrite sous forme de bande dessinée

Panel 1:

Je suis Jules, l'explorateur du corps humain

Je suis monsieur virus, le corps humain ne me connaît pas, je n'ai pas de pacte, je suis toujours méchant

Je suis la gentille bactérie verte, j'ai un pacte avec le corps humain

Je le protège des virus et microbes et en échange le corps me donne à manger

Je suis le globule blanc, je suis le combattant du corps, j'attaque le virus et la bactérie rouge

Je suis la méchante bactérie rouge, j'attaque le corps humain, je détruits le pacte de paix !

Panel 2:

Quand on n'est pas malade, les gentilles bactéries vertes nous protègent dans la gorge, et le nez mais il n'y a personne dans les poumons

Alors, pourquoi on tousse, et pourquoi on a le nez qui coule quand on est malade ?

Je suis la fièvre, j'arrive quand le globule blanc travaille

Le virus essaye de prendre la place de la bactérie verte

Le corps n'a pas de pacte avec le virus, il le met dehors avec l'aide du globule blanc. Pour que le virus s'en aille de la gorge et du nez, on tousse et on mouche C'est la **RHINOPHARYNGITE**

Panel 3:

Et pourquoi on peut aussi avoir très mal à la gorge ?

Si le virus est dans les amygdales, on a très mal à la gorge et c'est l'**ANGINE VIRALE**

Si c'est la bactérie rouge qui s'installe dans les amygdales c'est l'**ANGINE BACTERIENNE**

Donc quand c'est une **angine**, comme ça peut être **viral**, ou **bactérien**, le médecin fait un test
Si le test est **positif** = **bactérie**
Si le test est **négatif** = **virus**

Panel 4:

Le médecin écoute aussi les poumons et les bronches, pour savoir si le virus ou la bactérie sont dedans

Parfois le médecin entend les bronches pleurées, ça veut dire qu'un **virus** est dans les bronches c'est la **BRONCHITE AIGUE** ou la **BRONCHOLITE** chez le bébé,

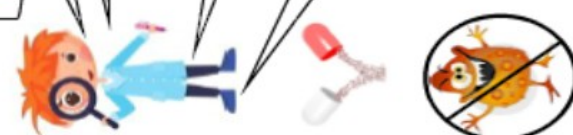
Si le médecin entend le poumon qui se fâche et qui gronde, c'est la **PNEUMOPATHIE** soit c'est le **virus** ou c'est la **bactérie**, on ne sait pas et on n'a pas de test

ET LES ANTIBIOTIQUES DANS TOUT CELA ?

Quand c'est une **bactérie** qui nous attaque, il faut aider le corps et le globule blanc avec des **antibiotiques**

MAIS POURQUOI ON NE MET PAS D'ANTIBIOTIQUES QUAND C'EST UN VIRUS ?

L'antibiotique ne tue que les bactéries, l'antibiotique ne marche pas sur le virus, et si on met des antibiotiques sur un virus, le virus continue de vivre, le virus à une armure pour se protéger des antibiotiques



LES ANTIBIOTIQUES C'EST PAS AUTOMATIQUE MAIS PARFOIS NECESSAIRE POUR GUERIR

Et dans tout ça le médecin il fait quoi ?

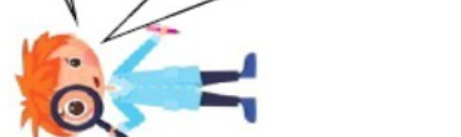
Quand c'est une **rhinopharyngite**, une **bronchite aigue**, une **grippe**, une **bronchiolite** comme c'est **viral**, on ne met **pas d'antibiotiques**

Quand c'est une **angine**, comme ça peut être **viral**, ou **bactérien**, le médecin fait un test

Si le **test est positif** = bactérie = **antibiotiques**

Si le **test est négatif** = virus = **pas d'antibiotiques**

Si c'est une **pneumopathie**, ça peut être viral ou bactérien, mais pas de test donc on met **des antibiotiques**



FIN

Annexe 2 : Questionnaire avant et après la bande dessinée

Madame, Monsieur

En tant qu'interne de médecine générale, je souhaiterais faire ma thèse sur la compréhension de l'antibiothérapie prescrite aux patients. Pour vous aider à mieux comprendre la décision du médecin je vous propose

- un questionnaire à remplir avant la consultation,
- une petite BD à lire ensuite
- un questionnaire après la consultation

Ce questionnaire est parfaitement anonyme

Si vous avez entre 3 mois et 65 ans et que vous consultez pour un nez qui coule, et/ou de la toux et/ ou un mal à la gorge ou de la fièvre merci de répondre à ce questionnaire.
(pour les enfants, le parent remplit le questionnaire)

Entourer les réponses qui vous paraissent correctes

Sexe du patient: Homme Femme Si besoin sexe du parent : Homme Femme

Age du patient : Si besoin âge du parent

Niveau d'étude du patient (le cas échéant du parent) :

Collège	CAP/BEP	Lycée	Universitaire
---------	---------	-------	---------------

Statut d'activité (le cas échéant du parent):

En emploi	Etudiant	Retraité	Sans emploi
-----------	----------	----------	-------------

Problèmes de santé chronique ou en cours de traitement (Exemple : asthme, bronchite chronique, diabète, problèmes cardiaques ...) :

Allergie à des médicaments (dont les antibiotiques) si oui le nom :

Aujourd'hui vous consultez avec :

votre médecin traitant	un médecin remplaçant	un interne de MG
------------------------	-----------------------	------------------

Quel est votre avis sur l'antibiothérapie ?

Vous est-il arrivé de ne pas comprendre l'intérêt de prescrire ou de ne pas prescrire un antibiotique si vous consultez pour un nez qui coule, un mal de gorge, une toux, avec ou sans la fièvre	oui	non
Vous est-il arrivé de revoir un autre médecin pour prendre un autre avis concernant la prescription d'antibiotiques	oui	non
Vous est-il arrivé de prendre des antibiotiques sans avoir consulté un médecin Si oui pour quelles raisons:	oui	non
Vous est-il arrivé de ne pas prendre un antibiotique prescrit par votre médecin pour un nez qui coule, un mal de gorge, une toux avec ou sans fièvre	oui	non
Êtes-vous prêt à attendre quelques jours avant de prendre des antibiotiques si votre médecin vous le demande	oui	non

Quel est votre avis sur l'utilité des antibiotiques :

Il faut des antibiotiques pour guérir plus vite	oui	non
Il faut des antibiotiques car j'ai (mon enfant a) de la fièvre	oui	non
Il faut des antibiotiques pour diminuer la douleur	oui	non
Il faut des antibiotiques pour que l'on puisse retourner plus vite au travail, à l'école, à la crèche ou chez la nourrice	oui	non
Il faut des antibiotiques car il n'y a que ça qui permet de guérir vite	oui	non

Quelles sont, pour vous, les autres raisons qui nécessitent la prescription d'antibiotiques ?

.....

Quel est le motif de consultation du jour ?

de la toux le nez qui coule de la fièvre très mal à la gorge

Pensez vous que le médecin va prescrire des antibiotiques ?	oui	non
Avez-vous déjà entendu parler de résistance aux antibiotiques ?	oui	non
Cette résistance vous inquiète-t-elle ?	oui	non
Si oui pourquoi :		
La prescription d'antibiotiques vous rassure-t-elle ?	oui	non

Combien de temps peut-on tousser lorsque l'on a une bronchite aiguë ou une rhinopharyngite ?..... jours

Questionnaire sur la nécessité de prescrire des antibiotiques

Si j'ai la grippe faut-il des antibiotiques	oui	non
Si j'ai une pneumonie faut-il des antibiotiques	oui	non
Si j'ai une rhino-pharyngite faut-il des antibiotiques	oui	non
Si j'ai une bronchite aiguë faut-il des antibiotiques	oui	non

Quelles sont vos sources d'information sur les antibiotiques :

La télévision	La radio	Le médecin	Le pharmacien	Les magazines	Internet
---------------	----------	------------	---------------	---------------	----------

Lors de votre consultation le médecin va vous donner une bande dessinée pour vous aider à comprendre la décision du médecin

QUESTIONNAIRE APRES LA CONSULTATION

Merci d'entourer les réponses qui vous paraissent correctes

Prescription, après la consultation avec le médecin

Le médecin vous a-t-il prescrit des antibiotiques ? Si oui pourquoi :	oui	non
Êtes vous en accord avec la prescription ou la non prescription d'antibiotique par le médecin ? Si non pourquoi :	oui	non
La bande dessinée vous a-t-elle aidé à comprendre la décision de prescription du médecin sur les antibiotiques ?	oui	non
La bande dessinée vous a-t-elle apporté de nouvelles connaissances ? Si oui quoi :	oui	non
La bande dessinée est elle facile à comprendre ?	oui	non
Est-ce que vous conseillerez la lecture de cette bande dessinée ?	oui	non
Avant ce questionnaire et cette bande dessinée auriez-vous voulu plus d'information sur la prescription des antibiotiques Si oui par qui et quoi en particulier ? :	oui	non

Après avoir lu la bande dessinée répondez de nouveau aux questions suivantes

Il faut des antibiotiques si j'ai (mon enfant a) de la fièvre	oui	non
Il faut des antibiotiques pour diminuer la douleur	oui	non
Si j'ai la grippe faut-il des antibiotiques	oui	non
Si j'ai une pneumonie faut-il des antibiotiques	oui	non
Si j'ai une rhino-pharyngite faut-il des antibiotiques	oui	non
Si j'ai une bronchite aiguë faut-il des antibiotiques	oui	non

Merci de m'avoir aidé à réaliser ce travail

Êtes vous d'accord pour que dans l'anonymat je puisse utiliser ce questionnaire pour la réalisation de ma thèse
oui
non

Si vous avez des questions je reste à votre disposition
 elodierolland1988@gmail.com



Annexe 3 : Tableau de description des patients interrogés

	sexe				age		niveau d'étude du patient				statut activité				pb santé	allergie	medecin								
	patient		parent		patient	parent	colleg	CAP/B	lycée	Univ	emploi	etudes	retraité	sans			MT	MR	int						
	M	F	M	F																					
1		1		1	12	43	1			1				1			1		1						
2		1			31				1			1					1		1						
3	1				62			1					1			beta	1		1						
4	1				53			1					1		1		1		1						
5		1			47					1				1		laspi	1		1						
6		1			21				1				1					1	1						
7		1			15		1							1		1		1	1						
16			1		17				1				1				1		1						
19		1		1	4	28	1			1	1						1		1						
20		1			38			1						1			1		1						
21	1			1	3					1				1			1		1						
22			1		58			1					1					1	1						
23		1			60			1			1					peni	1		1						
25		1			29				1				1				1		1						
26	1			1	0,5	30	1			1	1				1		1		1						
27		1			58				1					1		oui	1		1						
28	1				18			1			1							1	1						
29	1				23				1		1						1		1						
30		1		1	10	44	1				1			1			1		1						
46		1			63			1						1		1		1	1						
47	1				62			1						1			1		1						
48		1			26				1					1			1		1						
49		1			52			1			1						1		1						
50	1			1	1	33	1			1	1						1		1						
51	1			1	5	31	1				1			1			1		1						
52		1		1	6	29	1			1				1			1		1						
53	1				20				1		1						1		1						
54	1			1	1,5	33	1		1					1			1		1						
55		1		1	0,8	38	1			1	1				1		1		1						
56	1				42				1		1				1		1		1						
57	1			1	2,5	32	1		1					1			1		1						
58		1		1	2,5	30	1		1		1						1		1						
59		1		1	0,5	27	1			1	1						1		1						
60	1			1	5	34	1			1	1				ibu	1		1	1						
61		1			36				1		1						1		1						
62	1			1	4,5	36	1			1	1						1		1						
63		1			36				1		1						1		1						
64	1			1	4	30	1			1				1		zinnat	1		1						
65		1			63				1		1				1			1	1						
66		1			55,5			1			1				fosacine	1		1	1						
67		1			29				1		1						1		1						
68		1			59				1					1			1		1						
70		1			38			1			1						1		1						
71	1				34				1		1				1		1		1						
74		1			36				1		1						1		1						
100		1			43				1		1						1		1						
102		1		1	3	32	1			1	1				1		1		1						
104		1			43				1		1				1			1	1						
105	1				58				1					1			1		1						
106		1			57				1		1					fosacine	1		1						
107	1			1	3	30	1			1	1						1		1						
108		1			20				1		1						1		1						
109		1		1	14	45	1	1						1			1		1						
110	1			1	7	30	1			1	1						1		1						
111		1			40				1		1				1		1		1						
112	1				18				1		1						1		1						
113		1			51				1		1				1		1		1						
116	1			1	1,5	20	1		1		1						1		1						
117		1			41				1		1				1		1		1						
118		1		1	5	32	1			1	1						1		1						
119		1		1	2	25	1			1	1						1		1						
121		1			46				1		1					fura	1		1						
123		1		1	1,5	38	1		1		1						1		1						
total	21	40	2	3	21	26,95	71	32,609	23	5	15	15	19	9	39	3	5	12	4	20	0	57	6	0	63
%	33	63	3	13	88			37	7,9	23,8	23,8	30,2	14,3		61,9	4,8	7,9	19,0	6,3	32	0	90	10	0	100

Annexe 5 : Tableau 2ème partie des résultats

	prescription après consultation														question bis													
	23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35			
	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non		
1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
2	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
3		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
4	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
5		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
16		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
19	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
20		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
21		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
22		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
23		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
25	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
26		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
27	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
28		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
29	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
30		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
46	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
47	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
48		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
49	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
50	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
51	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
52	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
53	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
54	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
55	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
56		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
57		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
58		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
59	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
60		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
61		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
62	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
63		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
64		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
65		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
66		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
67	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
68	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
74	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
100	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
102	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
105		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
106		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
107	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
108		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
109		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
110		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
111		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
112		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
113		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
116	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
117	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
121		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
123		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
total	20	36	54	2	52	4	38	18	53	3	53	3	8	5	43	8	48	6	50	12	44	52	4	9	47	22	34	56
%	36	64	96,429	3,6	93	7,1	68	32	95	5,4	95	5,4	14	8,9	77	14	86	11	89	21	79	93	7,1	16	84	39	61	

Annexe 7 Le programme e-bug

e-BUG
www.e-bug.eu

Sciences de la Vie et de la Terre
Collège : classes de 6^e et de 3^e

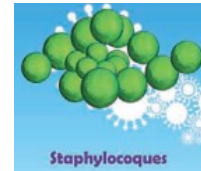
Une ressource éducative

Lien avec le programme scientifique national :
Classes de 6^e : Diversité, parenté et unité des êtres vivants ;
Pratiques au service de l'alimentation humaine.
Classes de 3^e : Responsabilité humaine : santé et environnement ;
Risque infectieux et protection de l'organisme.

1.2
Les Microbes Utiles




1.3
Les Microbes Pathogènes



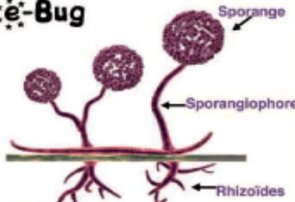
2.2
Hygiène Respiratoire



4
Traitement des infections
Antibiotiques, médicaments et hygiène de vie

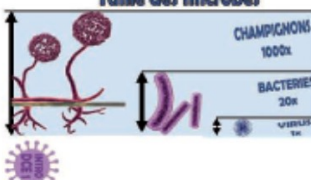
Champignons



Sporange
Sporangiole
Rhizoïdes

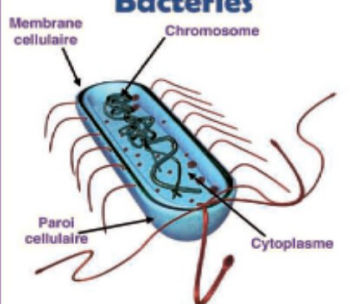
Sporange : Structure contenant les spores, qui eux, servent à la reproduction.
Sporangiole : Tige filamenteuse sur laquelle se forment les spores.
Rhizoïdes : **hyphes** présents sous la surface, spécialisés dans l'absorption des aliments.

Taille des microbes



CHAMPIGNONS 1000x
BACTÉRIES 20x
VIRUS 1x

Bactéries



Membrane cellulaire
Chromosome
Paroi cellulaire
Cytoplasme

Les bactéries sont autonomes et se trouvent partout

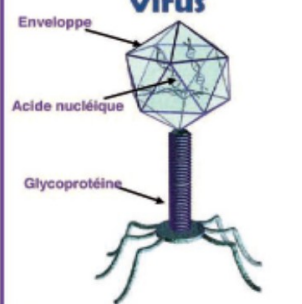
Chromosome : Matériel génétique (ADN) de la cellule.

Paroi cellulaire : Composée de peptidoglycane, la paroi cellulaire permet à la cellule bactérienne de conserver sa forme.

Membrane cellulaire : Tapissant l'intérieur de la paroi cellulaire, elle constitue une limite pour le contenu de la cellule et une barrière vis-à-vis des substances qui pourraient entrer ou sortir.

Cytoplasme : L'intérieur de la cellule et son contenu.

Virus



Enveloppe
Acide nucléique
Glycoprotéine

Les virus NE SONT PAS capables d'avoir une vie autonome – ils DOIVENT vivre dans une autre cellule vivante/un autre organisme.

Enveloppe : Bicouche lipidique contenant le matériel génétique.

Glycoprotéines : Présentes sur l'enveloppe, elles ont deux fonctions :

- Attacher le virus à la cellule-hôte,
- Transporter du matériel génétique du virus vers la cellule-hôte.

Acide nucléique : Il peut s'agir d'ADN ou d'ARN, rarement les deux. La plupart des virus contiennent de l'ARN.

RESUME

Introduction : Les infections respiratoires représentent la première cause d'utilisation d'antibiotiques, leurs sur-prescriptions est un problème de santé publique.

Un refus de prescription d'antibiotiques est souvent mal perçu par le patient et parfois source d'un malaise dans la relation médecin-malade.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact d'une information sous forme de bande dessinée concernant la prescription de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires en médecine générale.

Méthodes : Une étude quantitative descriptive, via une évaluation des connaissances des patients (ou le parent) de 3 mois à 65 ans avant et après une intervention brève sous forme de bande dessinée a été réalisé entre novembre 2014 et novembre 2015 sur 5 cabinets de Fécamp et ses alentours.

Résultats/Discussion : L'information sous forme de bande dessinée avait un impact concernant la prescription d'antibiothérapie, pour les symptômes de fièvre, de douleurs, pour la grippe, la pneumopathie, la rhinopharyngite et la bronchite aiguë.

La bande dessinée n'était pas le bon support d'information pour les patients d'un niveau collège, ni pour les plus de 55 ans, son impact fut statistiquement négatif.

Cette étude souleva le problème de l'analphabétisme, principale limite d'une information écrite. En découla les notions d'alphabétisme et de littératie à la santé, traduction du concept canadien «Health Literacy».

Conclusion : Une information doit être claire, loyale, exhaustive et adaptée au niveau de littératie du patient pour avoir un impact réel.

Le médecin doit s'adapter au niveau de littératie de son patient en proposant une écoute active de ses acquis, ses croyances et ses peurs.

Les mots-clés : impact, information écrite, bande dessinée, antibiothérapie, infections respiratoires, médecine générale